

宿泊・自宅療養期間証明書（新型コロナウイルス感染症専用）

1. 宿泊療養・自宅療養を受けた方 (氏名)		生年月日	年 月 日
2. 傷病名	新型コロナウイルス（COVID-19）感染症		
3. 療養開始日(※1)	令和 年 月 日		
4. 療養終了日(※2) (必要な場合のみ記載)	令和 年 月 日		

(※1) 「療養開始日」は、厚生労働省の事務連絡により新型コロナウイルス（COVID-19）感染症の診断日となります。

ただし、療養期間が10日を超え、入院療養を経ての宿泊療養又は自宅療養の場合は、宿泊療養又は自宅療養の開始日になります。

(※2) 生命保険協会及び日本損害保険協会では、宿泊療養又は自宅療養の期間が、厚生労働省の療養解除基準に準じた期間（例：無症状であれば7日間、有症状であれば10日間）の範囲内であれば、宿泊療養又は自宅療養の開始日の証明に基づき支払いを行い、宿泊療養又は自宅療養の終了日の証明は求めないような取り扱いを行っています。このため、宿泊療養又は自宅療養の期間が10日以内である場合には、「療養終了日」の記載を省略しています。その場合は、「/」を記載しています。

本市での証明内容は上記になります。上記以外の期間を証する必要がある場合などは、必要に応じて医療機関へ証明書の発行を依頼してください。

上記のとおり証明します。

所在地 大阪市〇〇区〇〇町〇丁目〇番〇号	証明日 令和 年 月 日
名 称 大阪市〇〇区保健福祉センター	証明者 〇〇区保健福祉センター所長 〇〇 〇〇

(※) 宿泊療養・自宅療養に係る留意事項

- ①本証明書における「療養」とは、感染症法に基づき、宿泊施設、居宅又はこれに相当する場所から外出しないことなど、感染症の防止に必要な協力を実施していただくことを意味します。
- ②療養期間は、当該感染症の感染性を有すると考えられる期間であって、症状を有した期間とは必ずしも一致しません。