

【生協所定】 宿泊・自宅療養証明書（新型コロナウイルス感染症専用）

本証明書は、医師、病院・診療所・自治体・保健所等のご担当者のいずれかの方がご証明ください。

1. 宿泊療養・自宅療養を受けた方 (氏名)		<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
2. 傷病名	新型コロナウイルス（COVID-19）感染症				
3. 検査について	PCR検査または抗原検査実施日 『 年 月 日』 ※PCR検査または抗原検査を行わず、「新型コロナウイルス（COVID-19）感染症」と診断された場合は診断日をご記入ください。 【補足事項がある場合にはご記入ください】				
4. 宿泊または自宅療養開始日	『 年 月 日』				
5. 宿泊または自宅療養終了日	『 年 月 日』				
※宿泊療養また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の範囲内であれば記載の省略が可能です。					
上記のとおり証明します。			記入日 年 月 日		
所在地	医師・担当者（該当するものに○囲み）				
名称	担当者の場合：役職名				
電話番号	証明者氏名				

・訂正がある場合は二重線で消し、訂正印をお願い致します。

・宿泊療養または自宅療養とは、以下の①および②に該当する場合をいいます。

①2020年4月2日付の厚生労働省の「新型コロナウイルス感染症の軽症者等に係る宿泊療養及び自宅療養の対象並びに自治体における対応に向けた準備について」等に定められている宿泊療養または自宅療養であること。

②感染症法上、入院措置が必要にもかかわらず、医療機関の事情により宿泊療養または自宅療養していること。