

## 「療養終了通知」発行申請書

池袋保健所 保健予防課長あて

私は以下の事項が虚偽でないことを誓約し、療養終了通知の発行を申請します。

(フリガナ) 療養者の氏名	( )
療養者の生年月日	年 月 日
療養中の住所	〒 -
お送り先	※上記療養中の住所とお送り先が異なる場合記入 住所 〒 - 氏名 続柄( )
電話番号	
診断日	年 月 日 (診断医療機関: )
療養終了日について ※該当箇所にご記入ください ※どちらにもご記入がない場合、 診断日のみ記載の通知を発行 します	<div style="border: 2px solid black; padding: 5px;"><p>※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。そのため、申請いただいた療養終了日が診断日（医師の届出に基づく）から10日間以内の場合、原則として療養終了日の記載を省略します。</p></div> <p><input type="checkbox"/>厚生労働省の療養解除基準に準じた期間内に終了（無症状7日間、有症状10日間） ※通知書には診断日のみ記載</p> <p><input type="checkbox"/>上記より延長して終了（療養終了日 年 月 日） ※別紙「療養期間延長の理由書」の提出が必要です。</p> <p>※保健所把握の療養終了日と異なる場合は、保健所把握の療養終了日を優先します。</p>

※医療機関等から新型コロナウイルス感染症と診断され、保健所に届出があった方が申請の対象になります。

※申請は郵送で行ってください。

※申請は一人につき1回に限ります。

※発行する通知は一人につき1枚です。複数枚必要な方はコピー等でご対応ください。

※申請は療養を受けた方またはその同居家族が行ってください。

※入院していた期間の証明は入院先の医療機関へ、ホテル療養していた期間の証明は宿泊先のホテルまたは東京都へお問い合わせください。

申請書送付先

行政欄	受付	HER-SYS ID	番号

〒170-0013 東京都豊島区東池袋 4-42-16

池袋保健所 保健予防課 管理・感染症事務 G  
療養終了通知担当 行