

見本 1

〇〇第 〇〇号
令和〇年〇月〇日

住所 〇〇市〇〇町1-1
氏名 岡山 花子 様

〇〇保健所長
(公印省略)

新型コロナウイルス感染症に係る療養について

このことについて、次のとおり確認しましたので、通知します。

記

対象者氏名	岡山 花子
性別	女性
生年月日	昭和30年 1月 1日
療養開始日 (診断日)	令和 4年 9月 1日

※国の事務連絡に基づき、療養期間が10日以内の方は、療養開始日のみを記載し、療養終了日等は、療養期間が11日以上の方に記載します。

なお、生命保険協会及び日本損害保険協会では、療養解除基準に準じた期間の範囲内であれば開始日の証明に基づき支払いを行い、終了日の証明は求めないとする取扱いとなっております。

注：療養期間には、自宅療養（入所施設等での療養を含む）及び宿泊療養のほか、入院した場合はその期間も含まれています。

「発症日」、「検体採取日」「療養終了日」は療養期間が10日以内の場合は、表示されません。
「療養終了日」は、有症状の方は、原則、発症日を0日として7日目になります。
(有症状者の療養期間は、令和4年9月7日に国により見直され、発症日を0日として10日目までから、7日目までとなりました。)
無症状の方は、原則、検体採取日を0日として7日目になります。