

記載要領

- ・ 保険会社などから「療養に関する証明書」を求められた場合は、「確認通知書」を証明書類としてご活用ください。※詳細は各保険会社にご確認ください。
- ・ この請求書は、「確認通知書」が必要な方のみ、療養が終了した後に、ご提出ください。
(通知書が不要な方は、返送不要です。)

様式第4号(1)

患者確定例・無症状病原体保有者・疑似症患者用

神戸市保健所長 へ

年 月 日

確 認 請 求 書

請求者住所

電話

請求者氏名

請求する方（ご本人もしくは保護者の方）の
住所・氏名・電話番号をご記入ください。

下記のとおり、病原体を保有していないことの確認を求めます。

確認を必要とする者	住所	<input type="checkbox"/> 同上
	氏名	<input type="checkbox"/> 同上
	生年月日	
診断を受けた日（※）		診断日をご記入ください。
感染症の名称 新型コロナウイルス感染症		

（※）診断を受けた日がわからない場合は、新型コロナウイルス感染症に感染したおおよその時期を記入してください。

受付 神戸市保健所	受付印	
--------------	-----	--