

医師、病院、診療所、自治体、保健所等の担当者記入欄

1. 診断を受けた方 (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. 診断確定日	年 月 日			
4. 経過等	発症日	年 月 日		
	PCR・抗原検査 実施日	年 月 日		
	【補足事項がある場合にはご記入ください】			
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 _____			印

請求者記入欄

※上記ご担当者の方は記入しないでください。

上記証明書の内容について、事実と相違ないことを確認しました。

請求者氏名 _____

印

ご記入にあたってご留意いただきたい点

- ・ボールペン等 (鉛筆は不可) で記入してください。
- ・訂正・追記の場合は、必ず証明印による訂正印・追記印を押印してください。(訂正日・追記日も記入ください。)

●個人情報のお取扱について

感染証明書 (新型コロナウイルス感染症専用) に記載された医療情報は、「金融分野における個人情報保護に関するガイドライン」第6条第1項第7号に定める保険業の適切な業務運営の確保のために、保険金・給付金の支払い等のほか、各種保険契約の引き受け・継続・維持管理、商品の充実を目的に使用されることがあること、また、その他の特に取扱に注意を要する情報 (機微情報) については、業務上必要な範囲で使用されることがあることについて同意します (証明書に記載された個人情報の本人と異なる場合は、当該本人に上記内容について同意を得ております)。