

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)		☐ 男性 ☐ 女性	生年月日	☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日
2. 傷病名	新型コロナウイルス（COVID-19）感染症				
3. 療養開始日（※1）	年 月 日				
4. 療養終了日（※2） (必要な場合のみ記載)	年 月 日				

※1 「療養開始日」は、新型コロナウイルス(COVID-19)感染症の診断日となります。

※2 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開始日の証明に基づき支払いを行い、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。このため、宿泊療養又は自宅療養の期間が10日以内である場合には、「療養終了日」の記載を省略することがあります。

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 _____	

（※）宿泊療養・自宅療養に係る留意事項

- ①本証明書における「療養」とは、感染症法に基づき、宿泊施設、居宅又はこれに相当する場所から外出しないことなど、感染症の防止に必要な協力を実施していただくことを意味します。
- ②療養期間は、当該感染症の感染性を有すると考えられる期間であって、症状を有した期間とは必ずしも一致しません。

ご記入にあたってご留意いただきたい点

- ・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。）
- ・ボールペン等（鉛筆は不可）で記入してください。

【お問い合わせ先】

ご記入にあたってご不明な点等がございましたら、下記までお問い合わせください。

■プルデンシャル生命保険株式会社 カスタマーサービスセンター

TEL 0120-810-740（通話料無料）

※営業時間は弊社ホームページ（<https://www.prudential.co.jp/>）をご覧ください。

※お電話いただいたのち、担当部門より折り返しご回答させていただきます。