

様

[担当]

宿泊療養・自宅療養における医療費公費負担通知

(新型コロナウイルス感染症)

公費負担者番号	<input type="text"/>	交付保健所	保健所長
公費負担医療の 受給者番号	<input type="text"/>		所在地：
交付年月日		令和 年 月 日	
患 者	氏 名		
	居 住 地		
病 名		1. 新型コロナウイルス感染症	
有 効 期 間		自 令 和 年 月 日 陽性が判明したとき 至 令 和 年 月 日	

(注意事項)

- この証によって公費負担を認められた診療を受けるときは、この証を医療機関に提示してください。
- 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として罰せられます。
- その他ご不明な点は、この証の交付を受けた 保健所(電話 - -)でお尋ねください。