

施設長 各位

那覇市医師会
会 長 山城千秋
担当理事 宮城政剛



宿泊療養又は自宅療養を証明する書類について

平素より医師会事業へのご支援ご協力賜り感謝申し上げます。
那覇市保健所を通じて「宿泊療養又は自宅療養を証明する書類について」の通知が届きましたのでご案内申し上げます。

☆ 問合せ先(那覇市医師会 事務局:石垣・前泊 / 電話 098-868-7579)
.....記.....

事 務 連 絡
令和2年5月15日
令和4年3月3日一部改正

各 (都 道 府 県)
 (保健所設置市) 衛生主管部 (局) 御中
 (特 別 区)

厚生労働省新型コロナウイルス感染症
対策推進本部

宿泊療養又は自宅療養を証明する書類について

宿泊療養又は自宅療養に関するQ&Aについて、別紙のとおり取りまとめましたので、お知らせします。

なお、本事務連絡については、金融庁、生命保険協会及び日本損害保険協会と協議済みであることを申し添えます。

(主な改正箇所は太字下線)

(別紙)

問 保険会社の医療保険等の入院給付金の請求のために、宿泊療養又は自宅療養の証明書を求められた場合には、どのような対応が考えられるのか。

(答)

- 新型コロナウイルス感染症の状況等を踏まえ、保険会社の医療保険等の入院給付金については、感染が確認された方のうち、宿泊療養や自宅療養となった方々に対しても、医師の証明書等に基づき、同給付金等の支払いの対象となることがあります。

- 宿泊療養や自宅療養となった方々から、その療養していた旨の証明を求められた場合には、以下の対応が考えられることから、地域の実情に応じて、適切に対応をお願いいたします。

【従来の柔軟な対応】

- 宿泊療養又は自宅療養となった方のために発行する証明書
生命保険協会及び日本損害保険協会では、一部都道府県との協議の上、医療従事者等の方々の事務負担を考慮し、通常の保険金支払いに要する手続きを簡略化し、別添様式にあるような最低限の情報に基づき支払いを行うような取り扱いを行っています。別添様式を用いて、宿泊療養又は自宅療養を証明する書類として取り扱うことも可能です。

- 感染症法に基づく就業制限の通知・就業制限の解除通知
感染症法に基づく新型コロナウイルス感染症の就業制限の通知・就業制限の解除通知については、対象者の氏名、就業制限の期間が含まれている場合には、宿泊療養又は自宅療養を証明する書類として取り扱うことも可能です。

【新型コロナウイルス感染症の感染拡大を踏まえた更なる柔軟な対応】

- 生命保険協会及び日本損害保険協会では、医療従事者や保健所等の方々の事務負担を考慮し、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うこととなりました。

- このため、宿泊療養や自宅療養となった方から、その療養していた旨の証明を求められた場合には、その方からの申告などにより、宿泊療養又は

自宅療養の期間が 10 日以内であるか否かを確認し、以下のとおり取り扱うことも可能です。

① 宿泊療養又は自宅療養の期間が 10 日以内であると確認できる場合
(以下のいずれかの書類を発行)

- ・別添様式のうち、宿泊療養又は自宅療養の終了日を記載せずに、宿泊療養又は自宅療養の開始日を証明する書類として取り扱う
- ・感染症法に基づく新型コロナウイルス感染症の就業制限の通知のみを発行し、宿泊療養又は自宅療養の開始日を証明する書類として取り扱う (就業制限の解除通知は発行しない)

② ①以外の場合 (以下のいずれかの書類を発行)

- ・別添様式に宿泊療養又は自宅療養の開始日及び終了日を記載して、宿泊療養又は自宅療養を証明する書類として取り扱う
- ・感染症法に基づく新型コロナウイルス感染症の就業制限の通知・就業制限の解除通知 (対象者の氏名、就業制限の期間が含まれている場合に限る。) を発行し、宿泊療養又は自宅療養を証明する書類として取り扱う

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)	<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. 治療経過	PCR検査陽性 判明日 年 月 日 【補足事項がある場合にはご記入ください】			
4. 宿泊療養（※） をした期間	期間	年 月 日	～	年 月 日
5. 宿泊施設の名称	施設名			
6. 自宅療養（※） をした期間	期間	年 月 日	～	年 月 日
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 _____			

（※）宿泊療養および自宅療養とは、以下の①および②に該当する場合をいいます。

①2020年4月2日付の厚生労働省の「新型コロナウイルス感染症の軽症者等に係る宿泊療養及び自宅療養の対象並びに自治体における対応に向けた準備について」等に定められている宿泊療養または自宅療養であること。

②感染症法上、入院措置が必要にもかかわらず、医療機関の事情により宿泊療養または自宅療養していること。

各社のフリー使用欄

ただし、宿泊・自宅療養に関して証明いただく項目については、上記雛形の使用を勧奨する。