

兵庫県〇〇県民局(センター)長 様
 (〇〇健康福祉事務所)

請求者	氏 名	
	住 所	
	電 話	
	メール	

(未成年者にあつては、保護者の氏名)

就業制限の対象者でなくなったことに対する確認請求書

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（感染症法）第 18 条第 3 項の規定に基づき、下記の者について、同条第 2 項の就業制限の対象ではなくなったことの確認を求めます。

記

被確認者等の情報		
被確認者	氏 名	
	住 所	
感染症の名称		
感染症の種類		<input type="checkbox"/> 患者（確定例） <input type="checkbox"/> 無症状病原体保有者 <input type="checkbox"/> 疑似症患者
診断、検査等を受けた医療機関	①	電話
	②	電話
被確認者の就業制限通知		
通知文書	年 月 日	() 第 号
補足事項 ※任意記載		

※必要に応じ検査、医療機関等に確認を行いますので、健康福祉事務所（保健所）職員の指示に従って下さい。

年 月 日

兵庫県〇〇県民局(センター)長 様
 (〇〇健康福祉事務所)

請求者	氏名	
	住所	
	電話	
	メール	

(未成年者にあつては、保護者の氏名)

退院（病原体を保有していないこと等の確認）請求書

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（感染症法）第 22 条第 3 項の規定に基づき、下記の者について、退院を求めます。

記

被確認者等の情報			
被確認者	氏名		
	住所		
感染症の名称			
感染症の種類		<input type="checkbox"/> 患者（確定例） <input type="checkbox"/> 無症状病原体保有者 <input type="checkbox"/> 疑似症患者	
入院医療機関		①	電話
		②	電話
	入院日	① 年 月 日	② 年 月 日
被確認者の症状、検査の状況			
症状有無	年 月 日 時点	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
検査	<input type="checkbox"/> 1回目：	年 月 日	() 検査 「陰性・陽性」
	<input type="checkbox"/> 2回目：	年 月 日	() 検査 「陰性・陽性」
	<input type="checkbox"/> 3回目：	年 月 日	() 検査 「陰性・陽性」
補足事項		※任意記載	

※必要に応じ検査、入院医療機関等に確認を行いますので、健康福祉事務所（保健所）職員の指示に従って下さい。

兵庫県〇〇県民局(センター)長 様
 (〇〇健康福祉事務所)

届出者	医療機関名	
	管理者名	
	所在地	

感染症患者（病原体非保有・症状消失等）通知書

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（感染症法）第 19 条又は第 20 条の規定に基づき当院に入院する下記の患者について、当該入院に係る感染症の病原体を保有していないこと又は当該入院に係る感染症の症状が消失したことを確認したので、同法第 22 条第 2 項の規定に基づき通知します。（同法第 26 条において準用する場合を含む）

記

患者等の情報			
患者等	氏 名		
	住 所		
当該感染症の名称			
当該感染症の類型		<input type="checkbox"/> 患者（確定例） <input type="checkbox"/> 無症状病原体保有者 <input type="checkbox"/> 疑似症患者	
患者等の症状、病原体検査等の状況			
入院日	年 月 日	退院（予定）日	年 月 日
症状消失	年 月 日	<input type="checkbox"/> 解熱 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
検 査	<input type="checkbox"/> 1 回目： 年 月 日	（ ） 検査	「陰性・陽性」
	<input type="checkbox"/> 2 回目： 年 月 日	（ ） 検査	「陰性・陽性」
	<input type="checkbox"/> 別添のとおり		
投 薬	①薬剤名：	年 月 日～	年 月 日
	②薬剤名：	年 月 日～	年 月 日
主治医	診療科：	主治医名：	
補足事項 ※任意記載			

(裏面)

療養費支給が決定された場合、療養費を申請者名義の銀行口座に振り込みますので、下記の書類を追加で提出してください。

- 銀行口座等がわかるもの（預金通帳の写しなど）
- 債権者登録書（県に登録がある場合は不要）

委 任 状

年 月 日

申請者 住所

氏名

(自署)

都合により下記のとおり権限を委任します。

記

兵庫県から交付される感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第 42 条の規定による療養費払いの受領に関する一切の権限。

受任者 住所

氏名