

Data: _____ / _____ / _____.

Exmo. Sr. Chefe do depto. de Promoção de Combate Contra Infecções do Setor de Saúde e Bem-estar da Província de Gifu

Solicitante
Endereço 〒

Nome completo:
(Relação com o paciente que esteve em tratamento: _____)
Número de telefone: _____
(Atendimento em japonês: viável não viável)
(Idioma de preferência : _____)

Solicitação para Emissão do “Comprovante de Tratamento” Relativo à infecção pela COVID-19

Solicito a emissão do “Comprovante de Tratamento” relativo à infecção pela COVID-19.

Nome do Paciente	(Em Katakana):
Data de Nascimento	Ano _____ Mês _____ Dia _____
Endereço para envio do comprovante (Preencha o motivo e o endereço <u>somente caso seja diferente do solicitante acima</u>)	<input type="checkbox"/> Enviar ao endereço do solicitante acima (Não é necessário complementar abaixo) <input type="checkbox"/> Enviar a um endereço diferente do solicitante acima (Necessário escrever o endereço abaixo) 〒
	Motivo
Quantidade necessária	_____ Folha/as
Período que ficou em tratamento	Por volta de: Ano _____ mês _____

Complemente o tanto quanto possível, as informações relativas ao tratamento abaixo.

Instituição médica responsável pelo exame que ocasionou o início do tratamento	<input type="checkbox"/> Instituição Médica (Nome da instituição Médica: _____) <input type="checkbox"/> Centro Médico (<i>Hokenjo</i>) (Circule abaixo a região) (Cidade de Gifu, Gifu, Seinou, Seki, Kamo, Tounou, Ena, Hida, outros (_____))
Se Hospitalizou em Instituições Médicas	<input type="checkbox"/> Sim (Nome da instituição Médica: _____) <input type="checkbox"/> Não
Utilizou instituições e alojamentos de tratamento	<input type="checkbox"/> Sim (Nome da instituição: _____) <input type="checkbox"/> Não

※Caso tenha sido infectado pela COVID-19 por várias vezes, solicite separadamente os comprovantes de tratamento que deseja. Por exemplo, caso tenha se infectado 3 vezes e queira fazer somente a solicitação da 2ª e 3ª vez, complemente e envie 2 formulários separados para a equipe de Certificação de Tratamento Médico da Província de Gifu.

As observações estão destacadas igualmente no verso. Por favor, leia sem falta.

収受日	確認欄 1	確認欄 2

(Coluna para processo Interno. Por favor, não escreva nesta área.)

< Observações >

※Faça um check de verificação no interior dos 「□」 .

※A solicitação é limitada à própria pessoa, seus responsáveis e similares. Caso o solicitante não seja uma das pessoas mencionadas anteriormente, será necessário anexar uma procuração (formato livre).

※O formulário de solicitação deve ser enviado ao balcão de pedidos somente após o término do tratamento (Não é possível entregar pessoalmente)

※Ao realizar o pedido, envie juntamente um envelope-resposta (já com selo e endereço inseridos na carta).

Valor estimado de envio: Formato fixo de até 25g (aproximadamente até 4 formulários)

Valor: 84 ienes

Formato fixo de até 50g(aproximadamente mais de 5 formulários)

Valor: 94 ienes

Para aqueles que optarem pela carta registrada, pedimos que adicione 320 ienes ao valor acima. (Consulte o correio mais próximo para maiores informações)

※ Existe a possibilidade da província de Gifu entrar em contato para a verificação das informações escritas no formulário.

< Para aqueles que foram diagnosticados após o dia 26 de outubro de 2022 >

Com base na notificação de 26 de outubro de 2022 do Ministério da Saúde, Trabalho e Bem-Estar, as declarações médicas serão limitadas pela Lei de Doenças Infecciosas para priorizar e fortalecer o sistema de saúde atual.

Aqueles diagnosticados após o dia 26 de outubro de 2022 poderão solicitar a notificação médica, somente caso complementado certos requisitos. Se o mesmo não se enquadrar nestes requisitos, não será possível emitir o comprovante de tratamento.

Pedimos antecipadamente a sua compreensão, de que caso houver a solicitação de uma pessoa que não é alvo do comprovante de tratamento, devolveremos a mesma documentação pelo envelope-resposta anexado.

Exemplo de Preenchimento

事務処理欄

(Por favor, não escreva nesta área)

Data: XX / XX / XXXX

Exmo. Sr. Chefe do depto. de Promoção de Combate Contra Infecções do Setor de Saúde e Bem-estar da Província de Gifu

Solicitante

Endereço 〒500-8570

Gifu-shi, Yabutaminami, Ochome-Obanchi

Nome completo: **Seiryuu Tarou**

(Relação com o paciente que esteve em tratamento: **O próprio**)

Número de telefone: **090 - XXXX - XXXX**

(Atendimento em japonês: viável não viável)

(Idioma de preferência :)

**Solicitação para Emissão do “Comprovante de Tratamento”
Relativo à infecção pela COVID-19**

Solicito a emissão do “Comprovante de Tratamento” relativo à infecção pela COVID-19.

Nome do Paciente	(Em Katakana) セイリュウ タロウ Seiryuu Tarou
Data de Nascimento	Ano <u>1990</u> Mês <u>4</u> Dia <u>1</u>
Endereço para envio do comprovante (Preencha o motivo e o endereço <u>somente caso seja diferente do solicitante acima</u>)	<input type="checkbox"/> Enviar ao endereço do solicitante acima (Não é necessário complementar abaixo) <input checked="" type="checkbox"/> Enviar a um endereço diferente do solicitante acima (Necessário escrever o endereço abaixo) 〒506-8688 Takayama-shi, kamiokamoto-machi, Ochome-Obanchi
	Motivo Não estarei em casa devido ao meu trabalho.
Quantidade necessária	<u>2</u> Folha/as
Período que ficou em tratamento	Por volta de: Ano <u>2022</u> mês <u>7</u>

Complemente o tanto quanto possível, as informações relativas ao tratamento abaixo.

Instituição médica responsável pelo exame que ocasionou o início do tratamento	<input type="checkbox"/> Instituição Médica (Nome da instituição Médica:) <input checked="" type="checkbox"/> Centro Médico (<i>Hokenjo</i>) (Circule abaixo a região) (Cidade de Gifu, <u>Gifu</u> , Seinou, Seki, Kamo, Tounou, Ena, Hida, outros ())
Se Hospitalizou em Instituições Médicas	<input type="checkbox"/> Sim (Nome da instituição Médica:) <input checked="" type="checkbox"/> Não
Utilizou instituições e alojamentos de tratamento	<input checked="" type="checkbox"/> Sim (Nome da instituição: Hotel) <input type="checkbox"/> Não

※Caso tenha sido infectado pela COVID-19 por várias vezes, solicite separadamente os comprovantes de tratamento que deseja. Por exemplo, caso tenha se infectado 3 vezes e queira fazer somente a solicitação da 2ª e 3ª vez, complemente e envie 2 formulários separados para a equipe de Certificação de Tratamento Médico da Província de Gifu.

As observações estão destacadas igualmente no verso. Por favor, leia sem falta.

収受日	確認欄 1	確認欄 2

(Coluna para processo Interno. Por favor, não escreva nesta área.)

Observações ao solicitar o “Comprovante de Tratamento Médico” referente à Covid-19

Junto ao formulário de solicitação do “Comprovante de Tratamento Médico” referente à Covid-19, envie um envelope-resposta selado e com o seu endereço.

Recorte o endereço abaixo e cole no envelope de envio

〒500-8570 岐阜県庁 感染症対策推進課 療養証明チーム

* Solicite o comprovante somente após a conclusão do período de tratamento médico, a fim de evitar a propagação da infecção e comprovar o período de tratamento médico correto.

* Para maior proteção de informações pessoais, a solicitação são limitadas à própria pessoa e ao seu responsável. Caso o solicitante não seja uma das pessoas mencionadas acima, será necessário anexar uma procuração (formato livre).

* É possível solicitar os comprovantes de todos os membros da família em 1 (um) mesmo envelope, e o envelope-resposta poderá ser igualmente apenas 1 (um). No entanto, prepare um formulário de solicitação para cada solicitante e tenha cuidado para não faltar o valor do selo.

* Não realizamos certificações em formato de documentos de seguradoras.

* Caso opte por envio do comprovante por correio registrado, indique na margem frontal do formulário de solicitação e cole os selos no valor adequado no envelope. (Se não houver um pedido específico ou selos suficientes, enviaremos por correio normal.)