

通院証明書

平成24年6月以降の期間をご請求される場合



避難との因果関係が「不明」の場合は、指定診断書にご記入いただきますよう、お願いいたします。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--------|---|---|----|-----|---------------|----|---|----|----|----|----|----|----|--|----|
| | | お申し出番号 | A 1 2 3 4 5 6 7 8 9 | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | 山田 太郎 男 | | 生年月日 | 明治・大正 昭利・平成 20年 5月 5日生 (68歳) | | | | | | | | | | | | | |
| ICDコード | I10 | | 避難との因果関係 | 有 無 | | | | | | | | | | | | | |
| 傷病名 | 高血圧 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 回復状況 | <input type="checkbox"/> 症状が完治した <input type="checkbox"/> 震災以前の状態まで、症状はほぼ回復している <input checked="" type="checkbox"/> 震災以前の状態までは回復していないが、症状はほぼ安定している <input type="checkbox"/> 震災以前の状態までは回復しておらず、症状が安定していない | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 発症時期 | 平成 23年 4月 3日 | | | | | 初診日 | 平成 23年 7月 15日 | | | | | | | | | | |
| 診療期間 | 自 平成 23年 7月 15日 ~ 至 平成 25年 5月 9日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 通院日 | 通院した日に○印をつけてください。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 平成 25年 3月 (1 日間) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | |
| | | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |
| | 平成 25年 4月 (1 日間) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | |
| | | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |
| 平成 25年 5月 (1 日間) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | | |
| | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | |
| 上記のとおり治療のため通院したことを証明する。 平成 25年 8月 1日 医療機関名 ○×病院 診療科 ××× 所在地 ○○県○○市△△町XXX-XX 電話番号 XXX-XXXX-XXXX 担当医師 ×× ×× | | | | | | | | | | | | | | | | | |

