

通院証明書

平成23年3月から平成24年5月までの期間をご請求される場合

											お申し出番号								
氏名	男女										生年月日	明治・大正 昭和・平成 年 月 日生 (歳)							
ICDコード											避難との 因果関係	有 無							
傷病名																			
担 当 医 師 の 証 明 欄																			
発症時期	平成 年 月 頃																		
診療期間	自 至	平成 年 月 日 平成 年 月 日										診療実日数				日間			
	23年 3月 (日間)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	31		
	23年 4月 (日間)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15			
	23年 5月 (日間)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	31		
	23年 6月 (日間)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15			
	23年 7月 (日間)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	31		
	23年 8月 (日間)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	31		
	23年 9月 (日間)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15			
	23年 10月 (日間)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	31		
	23年 11月 (日間)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15			
	23年 12月 (日間)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	31		
	24年 1月 (日間)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	31		
	24年 2月 (日間)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15			
	24年 3月 (日間)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	31		
	24年 4月 (日間)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15			
	24年 5月 (日間)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	31		
通院した日に○印をつけてください。																			
上記のとおり治療のため通院したことを証明する。																			
平成 年 月 日																			
所在地																			
医療機関 名称																			
担当医師																			
																	印		