

## 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															
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																	
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 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 年 月 日	初診日	平成 年 月 日														
診療期間	自 平成 年 月 日 ~ 至 平成 年 月 日																
通院日	通院した日に○印をつけてください。																
	平成 年 月 ( 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 年 月 ( 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 年 月 ( 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 年 月 日																	
医療機関名																	
診療科																	
所在地																	
電話番号																	
担当医師																	
(印)																	