

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	A 1 2 3 4 5 6 7 8 9															
氏名	鈴木 正子		男 女	生年月日	明治・大正 42年 3月 3日生 (XX歳) 昭和・平成													
ICDコード	XXX			避難との 因果関係	有 無													
傷病名	XXX																	

担当医師の証明欄

発症時期	平成 23年 3月 頃																															
診療期間	自	平成 23年 3月 15日														診療実日数	19 日間															
	至	平成 23年 8月 28日																														
23年 3月	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	
(2日間)	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																
23年 4月	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	
(3日間)	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																
23年 5月	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	
(4日間)	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																
23年 6月	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	
(3日間)	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																
23年 7月	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	
(3日間)	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																
23年 8月	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	
(4日間)	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																
23年 9月	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	
(日間)	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																
23年 10月	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	
(日間)	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																
23年 11月	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	
(日間)	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																
23年 12月	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	
(日間)	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																
24年 1月	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	
(日間)	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																
24年 2月	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	
(日間)	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																
24年 3月	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	
(日間)	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																
24年 4月	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	
(日間)	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																
24年 5月	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	
(日間)	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	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 25 年 8 月 1 日

所在地 × × ×

医療機関 名称 × × ×

担当医師 × × ×

