通院証明書

記入例

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	i	鈴木				正子				生年月日		明治·大正 42 年 3 月 3日生(XX 歳) 昭和·平成							
ICD =	CDコード				XXX									~		fort.			
傷病名	XXX							避難との 因果関係			無								
					担	当	医	師	の	証	明	欄							
発症時		3	平成				月頃												
診療期間		自平成至平成			23 年 23 年				∃ <i>5</i> ∃ 28		日日	診療実日数		9 日間					
23	年 3月		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	(15)		
(2		16	17	18	(19)	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
	年 4月		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	(11)	12	13	14	15		
((<mark>3</mark> 日間) 23 年 5 月		16	17	18	(19)	20	21	22	23	24	25	26	(27)	28	29	30		
23				2 17	(3) 18	4 19	5 (20)	6 21	7 22	8 23	9 24	10 25	11 26	12 27	13 (28)	14 29	15 30	31	
23 年 6月			16	2	3	4	5	6	7	(8)	9	10	11	12	13	14	(15)	31	
(3 E		16	17	18	19	20	21	(22)	23	24	25	26	27	28	29	30		
23	年 7月	1	1	2	3	4	(5)	6	7	8	9	10	11	(12)	13	14	15		
(3 E		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	0.1	
23 年 9月			16	17)	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
(日間)		- 1	1 16	2 17	3 18	19	5 20	6 21	7 22	8 23	9 24	10 25	11 26	12 27	13 28	14 29	15 30		
23 年 10 月			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		
((日間)		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
23	23年11月		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		
((日間)		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
23	23年12月		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	21	
(24 年 1 月		16	17	18	19	20 5	21	22 7	23	24 9	25 10	26 11	27 12	28 13	29 14	30 15	31	
(24 年 1 月		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		
(]間)	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29			
24	年 3月	1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		
(引間)	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
24	年 4月		1 16	2 17	3 18	4 19	5 20	6 21	7 22	8 23	9 24	10 25	11 26	12 27	13 28	14 29	15 30		
24	 年 5月	∃間)	10	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	上記のとおり治療のため通院したことを証明する。																		
平成	23	5	年		8	F	1	1		日									
					所	所 在 地			$\times \times \times$										
		医療機関			名	名 称				$\times \times \times$									
					担	担当医師				X	X						人病		