

通院証明書

通院者 住所 厚真町  
氏名

注 一般の疾病治療については、対象外となります。

2年 10月分	診療日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
回	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
2年 11月分	診療日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
回	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	/
2年 12月分	診療日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
回	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
3年 1月分	診療日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
回	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
3年 2月分	診療日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
回	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	/	/	/
3年 3月分	診療日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
回	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

※ 通院証明は、腎臓機能障害・指定難病等（肝炎含）治療に要した通院（所）日にのみ押印してください。  
上記のとおり腎臓機能障害・指定難病等（肝炎含）治療のため通院したことを証明します。

令和 年 月 日

病院名 住所  
医師名又は担当者 氏名