## 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。

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