

# 通院証明書

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 T・S・H 年 月 日

上記の者は、当院に人工透析のため下記の実績のとおり通院していたことを証明します。

## 通院実績（令和 年 月～令和 年 月）

( ) 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
( ) 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
( ) 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

※通院実績の欄には、該当する日にちに○をつけてください。

令和 年 月 日

医療機関名

㊞

この証明書は人工透析の通院費補助金申請において通院回数を確認するためのものです。

婦 恋 村