

通院医療証明書

(記入上の注意)

- 1 この証明書は、認定被爆者通院交通費支給申請書（兼口座振替依頼書）に、別紙として添付するためのものです。必ず申請書と併せて提出してください。別紙のみでは申請できません。
- 2 この証明書の内容については、すべて医療機関において作成し、証明してください。
- 3 申請者が通院した日付に○印をつけ、合計欄に通院日数を記入してください。ただし、認定疾病に係る医療を行っていない日は対象になりません。診療録等によりご確認ください。

ふりがな 氏 名	被爆者健康手帳番号						明 治 大 正 昭 和	年	月	日	生	男 ・ 女					
原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第10条第2項第1号から第3号までの医療の給付を受けた負傷又は疾病の名称																	
上記の者については、次のとおり、原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第10条第2項第1号から第3号までの医療を行うため、通院したことを証明します。																	
令和 年 月 日																	
医 療 機 関 名																	
所 在 地																	
開設者の氏名 又は担当医師																	
年 月分 通 院 日	1 日	2 日	3 日	4 日	5 日	6 日	7 日	8 日	9 日	10 日	11 日	12 日	13 日	14 日	15 日	16 日	17 日
	18 日	19 日	20 日	21 日	22 日	23 日	24 日	25 日	26 日	27 日	28 日	29 日	30 日	31 日	合 計 日		
年 月分 通 院 日	1 日	2 日	3 日	4 日	5 日	6 日	7 日	8 日	9 日	10 日	11 日	12 日	13 日	14 日	15 日	16 日	17 日
	18 日	19 日	20 日	21 日	22 日	23 日	24 日	25 日	26 日	27 日	28 日	29 日	30 日	31 日	合 計 日		
年 月分 通 院 日	1 日	2 日	3 日	4 日	5 日	6 日	7 日	8 日	9 日	10 日	11 日	12 日	13 日	14 日	15 日	16 日	17 日
	18 日	19 日	20 日	21 日	22 日	23 日	24 日	25 日	26 日	27 日	28 日	29 日	30 日	31 日	合 計 日		
年 月分 通 院 日	1 日	2 日	3 日	4 日	5 日	6 日	7 日	8 日	9 日	10 日	11 日	12 日	13 日	14 日	15 日	16 日	17 日
	18 日	19 日	20 日	21 日	22 日	23 日	24 日	25 日	26 日	27 日	28 日	29 日	30 日	31 日	合 計 日		
年 月分 通 院 日	1 日	2 日	3 日	4 日	5 日	6 日	7 日	8 日	9 日	10 日	11 日	12 日	13 日	14 日	15 日	16 日	17 日
	18 日	19 日	20 日	21 日	22 日	23 日	24 日	25 日	26 日	27 日	28 日	29 日	30 日	31 日	合 計 日		
年 月分 通 院 日	1 日	2 日	3 日	4 日	5 日	6 日	7 日	8 日	9 日	10 日	11 日	12 日	13 日	14 日	15 日	16 日	17 日
	18 日	19 日	20 日	21 日	22 日	23 日	24 日	25 日	26 日	27 日	28 日	29 日	30 日	31 日	合 計 日		