

通院医療証明書

(記入上の注意)

- 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。
- 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。
- 申請者が通院した日付に〇印をつけ、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		
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		