

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○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	