様式第３号（第４条関係）　　　　　　　　　　　　　　　　　申請日　令和　　年　　　月　　　日

通院等証明書（指定難病交通費関係）

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな）  患者氏名 |  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **※以下医療機関記入欄。** | | |
| 通　　院　　等　　の　　状　　況 | | |
| 年　　　月　　　日 | 区　　　　　　　　　分 | 通院等の回数合計 |
| 年　　月　　日 | 通院　・　入院　・　退院 | 計　　　　　回 |
| 年　　月　　日 | 通院　・　入院　・　退院 |
| 年　　月　　日 | 通院　・　入院　・　退院 |
| 年　　月　　日 | 通院　・　入院　・　退院 |
| 年　　月　　日 | 通院　・　入院　・　退院 |
| 年　　月　　日 | 通院　・　入院　・　退院 |
| 年　　月　　日 | 通院　・　入院　・　退院 |
| 年　　月　　日 | 通院　・　入院　・　退院 |
| 年　　月　　日 | 通院　・　入院　・　退院 |
| 年　　月　　日 | 通院　・　入院　・　退院 |
| 年　　月　　日 | 通院　・　入院　・　退院 |
| 年　　月　　日 | 通院　・　入院　・　退院 |
| 年　　月　　日 | 通院　・　入院　・　退院 |
| 年　　月　　日 | 通院　・　入院　・　退院 |
| 年　　月　　日 | 通院　・　入院　・　退院 |
| 上記の者が指定難病等を治療するため、当院に通院等したことを証明します。  　　　令和　　　年　　　　月　　　　日  医療機関の住所  及　び　名　称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | |

　（医療機関へのお願い）

　　１　所定の各欄に記入又は○で囲んでください。

　　２　通院等回数合計欄は必ず記入してください。