

指定難病等患者通院等証明書

(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	

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。