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	
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	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	

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〇で囲んでください。

2　通院等回数合計欄は必ず記入してください。