

様式第5号(第7条関係)

年 月 日

浜田市長 様

医療機関の名称

所在地

医師名

印

人工透析患者通院証明書

次の者が人工透析療法のため通院したことを証明します。

住所	浜田市 町 番地																																
氏名																																	
通院回数	第 四半期分 回																																
内訳	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日

※四半期分(4～6月、7～9月、10～12月、1～3月)の通院状況を証明願います。

※無料送迎車を運行している医療機関は下記の証明もお願いします。

患者	の	年	月	から	年	月	までの無料送迎車の利用回数は	回	であったことを証明します。	
(送迎区間 :		から当院まで)								
年		月	日							担当者職名
								氏名	印	