

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

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																																
氏 名																																
通院回数		第 四半期分 回																														
内 訳	月 日	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
	月 日	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
	月 日	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

※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
