

受診証明書(別紙)

(氏名)

※医療を受けた方の氏名を記入してください。

【医療を受けた医療機関の名称及び所在地】

医療機関名称	所在地

【医療を受けた日数】

	年 月分	年 月分	年 月分	年 月分	年 月分	年 月分
入院外診療実日数	日	日	日	日	日	日
入院日数	日	日	日	日	日	日

	年 月分	年 月分	年 月分	年 月分	年 月分	年 月分
入院外診療実日数	日	日	日	日	日	日
入院日数	日	日	日	日	日	日

	年 月分	年 月分	年 月分	年 月分	年 月分	年 月分
入院外診療実日数	日	日	日	日	日	日
入院日数	日	日	日	日	日	日

	年 月分	年 月分	年 月分	年 月分	年 月分	年 月分
入院外診療実日数	日	日	日	日	日	日
入院日数	日	日	日	日	日	日

	年 月分	年 月分	年 月分	年 月分	年 月分	年 月分
入院外診療実日数	日	日	日	日	日	日
入院日数	日	日	日	日	日	日

	年 月分	年 月分	年 月分	年 月分	年 月分	年 月分
入院外診療実日数	日	日	日	日	日	日
入院日数	日	日	日	日	日	日