通　院　証　明　書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ※（ふりがな）被災職員氏名 |  | ※認定番号 |  |
| ※所　　　属 |  |
| 傷病名 |  |
| 通院日明細○で囲って下さい。 | 年　　　　月 | 年　　　　月 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 日 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 日 |
| 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 |
| 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| 29 | 30 | 31 |  |  |  |  | 29 | 30 | 31 |  |  |  |  |
| 年　　　　月 | 年　　　　月 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 日 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 日 |
| 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 |
| 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| 29 | 30 | 31 |  |  |  |  | 29 | 30 | 31 |  |  |  |  |
| 年　　　　月 | 年　　　　月 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 日 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 日 |
| 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 |
| 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| 29 | 30 | 31 |  |  |  |  | 29 | 30 | 31 |  |  |  |  |
| 通院日数 | 上記　　　　　　　　　か月間　　　合計　　　　　　　　日 |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。　　　　年　　　月　　　日所 在 地医療機関の　名　　称担当医師　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

（注）　※欄は被災職員が記入すること。　　　　　　　　　　　地公災大阪府支部様式