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

〇で囲って下さい。

年　月								年　月							
1	2	3	4	5	6	7		1	2	3	4	5	6	7	
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					日	29	30	31					日

年　月								年　月							
1	2	3	4	5	6	7		1	2	3	4	5	6	7	
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					日	29	30	31					日

年　月								年　月							
1	2	3	4	5	6	7		1	2	3	4	5	6	7	
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					日	29	30	31					日

年　月								年　月							
1	2	3	4	5	6	7		1	2	3	4	5	6	7	
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					日	29	30	31					日

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

医療機関の
- 所在地
- 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