

様式第 2 号

特定疾患患者通院証明書

住 所

氏 名

㊞

上記の者について、次のとおり特定疾患治療のため当院に通院したことを証明します。

該当月	通院回数	該当月	通院回数
平成 年 3月	回	平成 年 9月	回
平成 年 4月	回	平成 年 10月	回
平成 年 5月	回	平成 年 11月	回
平成 年 6月	回	平成 年 12月	回
平成 年 7月	回	平成 年 1月	回
平成 年 8月	回	平成 年 2月	回

平成 年 月 日

医療機関名

管理者名

㊞