

証 明 書

傷病者	住 所																														
	氏 名	男 女	年 月 日生(才)																												
病名及び態様																															
入院治療	年 月 日 ~ 年 月 日		入院日数 計 日間																												
実通院治療日 (治療日に○を付けてください)			実通院日数 計 日間																												
月	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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
※ 理学療法期間 年 月 日 ~ 年 月 日																															
固定具の使用	固定具の種類			固定部位 / <small>本人による 着脱</small>	固定期間																										
	ギブス	ギブスシーネ	ギブスシャーレ	副子(シーネ)固定	可	年 月 日 から																									
	ホリネック	コルセット	その他 ()	不可	年 月 日 まで																										

上記のとおり証明いたしました。

年 月 日

所在地

名 称

医師氏名

注意事項

- 1 緊急で最寄の医院にて初診治療し、その後転院した場合
初診治療医院の領収書を証明書とみなす
- 2 通院回数が5～10回の場合、
その際の領収書(コピー可)を証明書として代用できる
- 3 保険会社請求用証明書がある場合、そのコピーでも
証明書として認める
- 4 通院が5回に満たない場合は、見舞金支給対象外
治癒報告書のみを提出(証明書は不要)