

第2号様式（第5条関係）

通院証明書

本人記入欄		
氏名		生年月日 年 月 日
住所	〒	
電話番号	電話番号：	
病院までの交通手段	列車・バス・自家用車・徒歩・その他（ ）	

病院記入欄		
人工透析開始年月日	年 月 日	
透析を必要とする回数	日ごとに 回 週に 回又は 月に 回	
当該患者の透析時間帯	時 分頃から 時 分頃まで	
備考 (特に回数について特筆すべきことがあればご記入ください。)		
上記のとおり人工透析のため通院していることを証明します。		
年 月 日		
所在地 医療機関 名称 電話番号		印

◎事務局使用欄

自宅からの距離	経路	概算交通費	收受印押印欄