


療養状況証明書

療養者氏名		生年月日	年 月 日		
疾病の名称					
療養状況			疾病の発症した日 年 月 日		
	該当に○ 療養継続 ・ 療養中断 ・ 治癒 ・ その他( )				
過去 1 年 間 の 療 養 の 記 録					
区分	療養形態別日数		区分	療養形態別日数	
	入院	通院		入院	通院
令和 年 月	日	日	令和 年 月	日	日
令和 年 月	日	日	令和 年 月	日	日
令和 年 月	日	日	令和 年 月	日	日
令和 年 月	日	日	令和 年 月	日	日
令和 年 月	日	日	令和 年 月	日	日
令和 年 月	日	日	令和 年 月	日	日
上記のとおり証明します。  令和 年 月 日  <div style="text-align: center;">                     医療機関                      名称                      担当医師                 </div> <div style="text-align: right;">  </div>					

※記入要領

受給者証をお持ちでない場合のみ本証明書をご提出ください。

この証明は疾病の療養状況についてのみを医療機関において記入してください。

療養状況欄は現在の療養形態をご記入ください。(例: 月2回の投薬治療、週1回の通院治療等)

区分欄には過去1年間の療養を行った年月をご記入ください。

療養形態別日数欄には、入院、通院別に療養日数をご記入ください。

この書類は流山市特定疾病療養者見舞金制度の申請に使用できます。

※ただし、書類の発行の可否や金額は各医療機関によって異なる可能性があります。