

# 通院証明書

所 属																認定番号					
氏 名																傷 病 名					
担 当 医 師 の 証 明 欄																					
診療期間	自 至		年		月		日		日		診療実日数					日間					
年 月 ( 日間)	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					
年 月 ( 日間)	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					
年 月 ( 日間)	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					
通院した日に○印をつけてください。																					
上記のとおり治療のため通院したことを証明する。  年 月 日  医療機関の { 所在地 名 称 担 当 医 師 } (印)																					

通院方法	電車(汽車)	バス (会社名: )	その他 (具体的に: )
通院区間 距離・運賃	から まで 片道 km 駅(停留所)から 駅(停留所)まで 片道 円 駅(停留所)から 駅(停留所)まで 片道 円		
上記のとおり相違ないことを証明する。  年 月 日  証明者 職・氏名			

〔注意事項〕

- ① 通勤方法は、該当するものを○で囲むこと。
- ② 公共交通機関による場合は、運賃について証明を受けること。
- ③ その他の方法による通院の場合は、方法と距離について所属長による証明を受けること。
- ④ 職場より通院している日がある時は出勤簿を添付のこと。