

通院確認書

申請日： 年 月 日

患者氏名：

, 月分

※申請は2ヶ月分ずつ偶数月に行ってください

	通院日	医師署名
第1回	年 月 日	
第2回	年 月 日	
第3回	年 月 日	
第4回	年 月 日	
第5回	年 月 日	
第6回	年 月 日	
第7回	年 月 日	
第8回	年 月 日	

<事務局記入欄>		
受付番号：	受付日：	
距離：	支払日：	支払い金額：

