

通 院 証 明 書				
通 院 者	ふりがな 氏 名			
	生年月日	S・H・R 年 月 日	満 歳	
	住 所	(〒 -)		
	職 業		電話	
<p>上記の者は、腎臓疾患のため通院加療中であり夜間の人工透析による通院実績は次のとおりであることを証明する。</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関所在地</p> <p>医療機関名及び 担当医師名</p> <p>(自署又は記名押印)</p>				
通 院 月		通院回数	備 考	
年 月分				
年 月分				
年 月分				
年 月分				
年 月分				
年 月分				

注 1 夜間の人工透析治療とは、人工透析の治療開始時間が原則として 17 時以降になることをいう。

2 医師が、患者の体調不良等のため例外的に 17 時前に人工透析治療を開始する必要があると判断した場合であって、終了が 17 時以降になる場合は対象とする。

3 患者個人の理由による 17 時前の人工透析治療及び入院中の人工透析治療は、除外する。