

原爆療養証明書

患者氏名 _____ 男・女 _____ 明治 大正 年 月 日生
昭和

病 名 _____

診療年月	診療実日数	保険診療総点数	患者負担額
年 月	入院 日	点	円
	入院外 日	点 (うちCe・C1・C2 点)	円 (うちCe・C1・C2 円)
年 月	入院 日	点	円
	入院外 日	点 (うちCe・C1・C2 点)	円 (うちCe・C1・C2 円)
年 月	入院 日	点	円
	入院外 日	点 (うちCe・C1・C2 点)	円 (うちCe・C1・C2 円)
年 月	入院 日	点	円
	入院外 日	点 (うちCe・C1・C2 点)	円 (うちCe・C1・C2 円)
年 月	入院 日	点	円
	入院外 日	点 (うちCe・C1・C2 点)	円 (うちCe・C1・C2 円)

上記のとおり、証明します。

年 月 日

保険医療機関の所在地

名 称

代表者氏名

印

(法人の場合は理事長印等の代表者職印)