

診 療 証 明 書

1 患 者 名	
2 対 象 疾 病 名	
3 診 療 年 月	
4 診 療 日 数	
5 医 療 費 総 額	
6 自 己 負 担 額	

上記のとおり診療したことを証明する。

年 月 日

(指定医療機関)
所在地

名称

代表者名

総 合 事 務 所 長
鳥 取 市 保 健 所 長 様

記入上の留意事項

1. 難病の医療等に関する法律第5条第1項に規定する特定医療に該当するものについて記述してください。
2. 複数月分を1枚に記述する場合には、各月毎の診療日数、医療費総額及び自己負担額が判るようにしてください。