

## 入院・通院 証明書

・この用紙は(一財)埼玉県高等学校安全振興会の特別見舞金の支払請求に使うものです。

校 長 の 証 明	学 校 名																		
	被 災 生 徒	氏 名											全・定・専・特支	学 年					
	災 害 発 生 日 時	年 月 日 午前・午後 時 分																	
	上記被災者の災害は、学校の管理下において発生したものに相違ありません。 令和 年 月 日 学 校 名 校 長 氏 名 <span style="float: right;">印</span>																		
医 師 の 証 明	傷 病 名																		
	入 院	入 院 治 療 期 間		年 月 日 から								年 月 日 まで							
			(入院日数 日)																
			通院治療日数 (通院治療月を記入のうえ、通院した日に○を付け、日数を記入してください。)																
	通	年	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																
		月	(通院日数計 日)																
	院	月	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																
		月	(通院日数計 日)																
	証	月	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																
		月	(通院日数計 日)																
上記に相違ありません。 令和 年 月 日 医 療 機 関 名 医 師 氏 名 <span style="float: right;">印</span>																			
(安全振興会記入欄)		※決 定 入院日数										日間							
		通院日数										日間							

※印は記入しないでください。

○通院治療日数欄が不足の場合はコピーを取って使用してください。