

医療機関証明書

年月日

(あて先) 千葉市長

次のとおり精神障害の治療を行ったことを証明します。

診療月	年月	受診者氏名	
診療科目		生年月日	年月日生
病名		入院年月日	年月日
入院日数	日	退院年月日	年月日
保険総点数	点	証明手数料	円

年月日

医療機関 所在地

名称

代表者