

口腔外科治療証明書

氏名 _____様

病名 _____

上記の治療のため、年月に口腔外科としての処置を行いました。

<通院>

1ヵ月間の治療日は以下のとおりです。

	年	月	日
1			
2			
3			
4			
5			

<入院>

上記の治療のため、以下の期間に口腔外科としての入院治療を行いました。

_____年 月 日 ~ _____年 月 日

_____年 月 日

医療機関名

医 師 _____ 印

<医療機関の方へのお願い>

立教大学学生健康保険互助組合では、学生に対する医療費の給付を行っており、「歯科」は対象外、「口腔外科」は対象内としています。このため、「歯科」において「口腔外科」の治療を行った場合は、医師による本証明書の発行を求めています。

1. 通院の場合は、1ヵ月分を1枚として、記入欄にもれなくご記入ください。空欄は斜線を引いてください。
2. 入院の場合は、入院期間をご記入ください。なお、入院をした月や退院をした月に通院がある場合には、<通院>欄にもご記入ください。
3. 修正が行われた証明書（訂正印不可）、学生が1箇所でも記入した証明書は無効です。

<組合員へ>

1. この証明書は医療機関で記入してもらってください。学生が記入したものは無効です。
2. この証明書の発行手数料は医療費給付の対象となりません。