

(様式第17号)

療養に関する証明書

療養者氏名	性別	生年月日	年 月 日
	男・女		
傷病名及び 治療内容等			
通院または入院期間 (今後の見込を含む)			
保険診療対象外の費用 (今後の見積を含む、 明細を記入のこと)			
	合 計		円
年 月 日			
京都府市町村職員共済組合理事長 様			
医療貸付の申し込みに係る療養について、上記のとおり証明します。			
所在地			
医療機関			
名 称			
印			