医療機関長　殿

貴院におかれましては、ますますご清祥のことと御慶び申し上げます。平素より、当村の保健事業に格別のご理解とご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、当村では「専門病院治療にかかる渡航費助成」として、急患空輸もしくは手術・入院を要する患者、または南大東診療所医師により生命に緊急を要すると判断された患者について、南大東 - 那覇往復間の渡航費を助成しております。

つきましては、大変お手数をおかけ致しますが、下記の内容をご記入いただき、南大東村保健センターまで郵便にて返送するか、もしくは**封緘して**患者さまご本人か、ご家族の方にお預けくださいますように、よろしくお願い申し上げます。

南大東村長　　新　垣　利　治

《お問い合わせ・返送先》

南大東村保健センター　　〒901-3804　沖縄県島尻郡南大東村字南 144-1

TEL 09802-2-2116

～・・～・・～・・～・・～・・～・・～・・～・・～・・～・・～・・～・・～・・～・・～

受診状況証明書

患者名　：　　様

診断名　：

入院期間もしくは受診日：令和＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日　～　令和＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日まで

【質問】

1．上記診断について、今後、南大東診療所での通院による治療が可能ですか。（実際に南大東診療所に通院するかどうかではなく、南大東－那覇間の渡航費助成の必要性の判断のための質問です）

①可能　　②不可　　③どちらでもない・不明

2. 質問 1. の回答が②③の場合は、その理由をご記入ください。

3. 今回の診断名は、悪性腫瘍、小児慢性特定疾病、厚生労働省指定難病、特定不妊治療、のいずれかに該当しますか。

①該当する　　②該当しない

令和　　年　　月　　日

医療機関所在地

医療機関名及び主治医名　　㊞