

医療機関等証明書（補助用紙）

患者氏名							
使用した健康保険 (○印をして下さい)	国保	社保	組合	共済	退職	本人 家族	
診療月	区分	医・歯の別	入院開始日	診療日数	診療点数	健康保険適用分の本人支払額	薬剤一部負担金
					差額室料、健康診断、容器代等の自費及び 入院中の食費(本人負担分)は含みません。		(平成15年3月 診療分まで)
H 年 月	入院 外来	医科 歯科	月 日		点	円	円
H 年 月	入院 外来	医科 歯科	月 日		点	円	円
H 年 月	入院 外来	医科 歯科	月 日		点	円	円
H 年 月	入院 外来	医科 歯科	月 日		点	円	円
H 年 月	入院 外来	医科 歯科	月 日		点	円	円
H 年 月	入院 外来	医科 歯科	月 日		点	円	円
H 年 月	入院 外来	医科 歯科	月 日		点	円	円
H 年 月	入院 外来	医科 歯科	月 日		点	円	円
H 年 月	入院 外来	医科 歯科	月 日		点	円	円
H 年 月	入院 外来	医科 歯科	月 日		点	円	円
H 年 月	入院 外来	医科 歯科	月 日		点	円	円

上記のとおり領収したことを証明します。

※医療機関の印の無いものや領収金額を訂正したものは無効です。

平成 年 月 日

(医療機関) 所在地

名称

開設者

㊟

--	--	--	--	--	--	--

福祉医療の申請をされる方へ

この用紙は医療機関等で支払った金額を証明する用紙です。

この用紙は、「福祉医療費支給申請書」と一緒に市役所に提出して下さい。

医療機関等で領収書(患者名、点数、金額、診療日のわかるもの)が発行される場合、この用紙は不要です。