

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	後期	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								
					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。									
年 月	入院 外来	医科 歯科	月 日		点	円								
年 月	入院 外来	医科 歯科	月 日		点	円								
年 月	入院 外来	医科 歯科	月 日		点	円								
年 月	入院 外来	医科 歯科	月 日		点	円								
年 月	入院 外来	医科 歯科	月 日		点	円								
年 月	入院 外来	医科 歯科	月 日		点	円								
年 月	入院 外来	医科 歯科	月 日		点	円								
年 月	入院 外来	医科 歯科	月 日		点	円								
年 月	入院 外来	医科 歯科	月 日		点	円								
年 月	入院 外来	医科 歯科	月 日		点	円								
年 月	入院 外来	医科 歯科	月 日		点	円								
<p>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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">(医療機関) 所在地</p> <p style="text-align: center;">名称</p> <p style="text-align: center;">開設者</p> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> 印 <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; width: 100px; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> </tr> </table> </div>														

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。