

様式第6号の3（第8条関係）

佐世保市福祉医療取扱

医療機関等証明書（補助用紙）

※入院にかかる支払証明は様式第6号の2をご使用ください。

患者氏名							
使用した健康保険 (○印をして下さい)	国保	健保	組合	共済	退職	後期	本人 家族
診 療 日	医・歯の別	診 療 点 数		健康保険適用分の本人支払額			
		健康保険適用のものが対象となります。 健康診断、容器代等の自費含みません。					
H R 年 月 日	医 科 歯 科	点		円			
H R 年 月 日	医 科 歯 科	点		円			
H R 年 月 日	医 科 歯 科	点		円			
H R 年 月 日	医 科 歯 科	点		円			
H R 年 月 日	医 科 歯 科	点		円			
H R 年 月 日	医 科 歯 科	点		円			
H R 年 月 日	医 科 歯 科	点		円			
H R 年 月 日	医 科 歯 科	点		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。 令和 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ください。

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。