

様式第6号の2 (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)

患者氏名								
使用した健康保険 (〇印をして下さい)		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。			
H R 年 月	入院 外来	医科 歯科	月 日	日	点	円		
H R 年 月	入院 外来	医科 歯科	月 日	日	点	円		
H R 年 月	入院 外来	医科 歯科	月 日	日	点	円		
H R 年 月	入院 外来	医科 歯科	月 日	日	点	円		
H R 年 月	入院 外来	医科 歯科	月 日	日	点	円		
H R 年 月	入院 外来	医科 歯科	月 日	日	点	円		
H R 年 月	入院 外来	医科 歯科	月 日	日	点	円		
H R 年 月	入院 外来	医科 歯科	月 日	日	点	円		
H R 年 月	入院 外来	医科 歯科	月 日	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>令和 年 月 日 (医療機関) 所在地 名称</p> <p>開設者</p>								
					ⓐ			

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。