

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。					
年 月 日		医 科 歯 科				点 円		
年 月 日		医 科 歯 科				点 円		
年 月 日		医 科 歯 科				点 円		
年 月 日		医 科 歯 科				点 円		
年 月 日		医 科 歯 科				点 円		
年 月 日		医 科 歯 科				点 円		
年 月 日		医 科 歯 科				点 円		
年 月 日		医 科 歯 科				点 円		
年 月 日		医 科 歯 科				点 円		
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。								
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。