

重度心身障害者(児)医療費受領証明書

平成 年 月 診療分 氏 名

記号番号	(障) 長 南 第 号					
保険種別	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 政府管掌 <input type="checkbox"/> 健保組合 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> その他 ()					
診療日数	日 (<input type="checkbox"/> 外 来 <input type="checkbox"/> 入 院)					
決定点数	公費負担 (結精負担)	一部負担額 (自己負担)	食事療養費 (自己負担)	薬剤負担	証明手数料	合 計
点	点	円	円	円	円	円
※ 高額療養費 (<input type="checkbox"/> 世帯合算 <input type="checkbox"/> 多数該当 <input type="checkbox"/> 非課税世帯)						円

該当するものの□の中に✓を記入して下さい。
 ※の欄は記入しないで下さい。

上記のとおり受領したことを証明します。

平成 年 月 日

(医療機関)
 所 在 地
 名 称
 代表者氏名

(印)

⑨ この証明については翌月の15日以降に証明を受けて下さい。