

習志野市重度心身障害者 医療費等受領証明書

受診者氏名 _____

保険証記号番号 _____

<診療内容>

年 月	診療区分	日数	保険点数・円 (保険 10 割の点数 又は金額)	負担率	患者負担額 (保険内)	保険 区分	公費 負担
年 月	入院・外来・調剤	日	点(円)	%	円	国・社	有・無
年 月	入院・外来・調剤	日	点(円)	%	円	国・社	有・無
年 月	入院・外来・調剤	日	点(円)	%	円	国・社	有・無
年 月	入院・外来・調剤	日	点(円)	%	円	国・社	有・無
年 月	入院・外来・調剤	日	点(円)	%	円	国・社	有・無

※ 証明書作成経費助成額 1枚につき 100円

上記の通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

代表者名



重度心身障害者医療費助成の申請をする方へ

- ・ 医療保険診療、保険外診療の別の記載のない領収書には、この証明が必要です。
- ・ 医療機関への証明書作成の依頼は、証明を受けようとする診療月の翌月の 15 日以降としてください。
- ・ 証明書には、医療機関の代表者の印を必ずもらってください。

