領収証明書〈※診療月毎(入院･外来別)で証明して下さい。〉

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診者名 |  　 　 　　　男・女 | 生年月日 | 大・昭平・令 | 　　年　　月　　日 |
| 医療助成対象診療期間令和　　年　　月　　日　～　　月　　日 | 採択 | □医　□歯　□調□訪 □( ) | 入外 | □外来□入院 | 実日数 | 日 |
| 療　養 | 点　　数 | 一部負担金 | １日目と２日目の診療点数と一部負担金 |
| 保　険 | 点 | 円 | １日目 | 月　　日 | 点 | 円 |
| 食　事 | 回 | 円 | ２日目 | 月　　日 | 点 | 円 |
| 上記のとおり領収したことを証します。 |
| 保険診療機関 | 所在地機関コード名　称開設者 　　　 　㊞ 　　 TEL（ ） 　－ |

枚方市　医療助成課　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　（子ども・ひとり親家庭）医療助成提出用

　領収証明書〈※診療月毎(入院･外来別)で証明して下さい。〉

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診者名 |  　 　 　　　男・女 | 生年月日 | 大・昭平・令 | 　　年　　月　　日 |
| 医療助成対象診療期間令和　　年　　月　　日　～　　月　　日 | 採択 | □医　□歯　□調□訪 □( ) | 入外 | □外来□入院 | 実日数 | 日 |
| 療　養 | 点　　数 | 一部負担金 | １日目と２日目の診療点数と一部負担金 |
| 保　険 | 点 | 円 | １日目 | 月　　日 | 点 | 円 |
| 食　事 | 回 | 円 | ２日目 | 月　　日 | 点 | 円 |
| 上記のとおり領収したことを証します。 |
| 保険診療機関 | 所在地機関コード名　称開設者 　　　 　㊞ 　　 TEL（ ） 　－ |

枚方市　医療助成課　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　（子ども・ひとり親家庭）医療助成提出用

　領収証明書〈※診療月毎(入院･外来別)で証明して下さい。〉

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診者名 |  　 　 　　　男・女 | 生年月日 | 大・昭平・令 | 　　年　　月　　日 |
| 医療助成対象診療期間令和　　年　　月　　日　～　　月　　日 | 採択 | □医　□歯　□調□訪 □( ) | 入外 | □外来□入院 | 実日数 | 日 |
| 療　養 | 点　　数 | 一部負担金 | １日目と２日目の診療点数と一部負担金 |
| 保　険 | 点 | 円 | １日目 | 月　　日 | 点 | 円 |
| 食　事 | 回 | 円 | ２日目 | 月　　日 | 点 | 円 |
| 上記のとおり領収したことを証します。 |
| 保険診療機関 | 所在地機関コード名　称開設者 　　　 　㊞ 　　 TEL（ ） 　－ |

枚方市　医療助成課　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　（子ども・ひとり親家庭）医療助成提出用