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