療養費等領収証明書（保険診療分に限る）枚方市 医療助成・児童手当課（子ども・ひとり親家庭医療担当）提出用

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診者名 | | 男・女 | | | | | | 療養費 | 柔整・鍼灸・ﾏｯｻｰｼﾞ・他( ) | |
| 療養期間 | | 令和　　年　　月　　日～  令和　　年　　月　　日 | | | 実日数 | 日 | | 総費用 | 円 | |
| 上記費用に対する一部負担金 | | | | | | | | | | |
|  | | | １日目 | ２日目 | | | ３日目以降計 | | | 一部負担金合計 |
| 本人負担額 | | | 円 | 円 | | | 円 | | | 円 |
| 上記のとおり領収したことを証します。 | | | | | | | | | | |
| 施  術  所  等 | 所在地  名　称  施術者 　　　 　 　　 TEL（ ） 　－ | | | | | | | | | |

（１ヶ月毎で証明して下さい。）※内容について施術所等に確認する場合があります。

|  |
| --- |
|  |

療養費等領収証明書（保険診療分に限る）枚方市 医療助成・児童手当課（子ども・ひとり親家庭医療担当）提出用

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診者名 | | 男・女 | | | | | | 療養費 | 柔整・鍼灸・ﾏｯｻｰｼﾞ・他( ) | |
| 療養期間 | | 令和　　年　　月　　日～  令和　　年　　月　　日 | | | 実日数 | 日 | | 総費用 | 円 | |
| 上記費用に対する一部負担金 | | | | | | | | | | |
|  | | | １日目 | ２日目 | | | ３日目以降計 | | | 一部負担金合計 |
| 本人負担額 | | | 円 | 円 | | | 円 | | | 円 |
| 上記のとおり領収したことを証します。 | | | | | | | | | | |
| 施  術  所  等 | 所在地  名　称  施術者 　　　 　 　　 TEL（ ） 　－ | | | | | | | | | |

（１ヶ月毎で証明して下さい。）※内容について施術所等に確認する場合があります。

|  |
| --- |
|  |

療養費等領収証明書（保険診療分に限る）枚方市 医療助成・児童手当課（子ども・ひとり親家庭医療担当）提出用

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診者名 | | 男・女 | | | | | | 療養費 | 柔整・鍼灸・ﾏｯｻｰｼﾞ・他( ) | |
| 療養期間 | | 令和　　年　　月　　日～  令和　　年　　月　　日 | | | 実日数 | 日 | | 総費用 | 円 | |
| 上記費用に対する一部負担金 | | | | | | | | | | |
|  | | | １日目 | ２日目 | | | ３日目以降計 | | | 一部負担金合計 |
| 本人負担額 | | | 円 | 円 | | | 円 | | | 円 |
| 上記のとおり領収したことを証します。 | | | | | | | | | | |
| 施  術  所  等 | 所在地  名　称  施術者 　　　 　　 　　 TEL（ ） 　－ | | | | | | | | | |

（１ヶ月毎で証明して下さい。）※内容について施術所等に確認する場合があります。