

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・マッサージ・他 ()
療養期間	令和 年 月 日～	実日数	日	総費用	円
	令和 年 月 日				
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・マッサージ・他 ()
療養期間	令和 年 月 日～	実日数	日	総費用	円
	令和 年 月 日				
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・マッサージ・他 ()
療養期間	令和 年 月 日～	実日数	日	総費用	円
	令和 年 月 日				
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。