療養費等領収証明書

枚方市　医療助成・児童手当課　　　　　　　（重度障害者担当）提出用

※内容について施術所等に確認する場合があります。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受診者名及　　び生年月日 | 男・女 | 療養費の種別 | 柔整・鍼灸・ﾏｯｻｰｼﾞ・その他（　　　　　） |
| 明・大・昭・平　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 療養期間 | 令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日 | 実日数 | 日 |
| 保険種別 | 国　保　・　社　保　・　後　期 | 保険自己負 担 率 | １０　・　２０　・　３０ |
| 施 術 日 | 療 養 費(円)（健康保険適用分に限る） | 保険自己負 担 額 | （円） | 施 術 日 | 療 養 費（円）（健康保険適用分に限る） | 保険自己負 担 額 | （円） |
| １ |  |  | 21 |  |  |
| ２ |  |  | 22 |  |  |
| ３ |  |  | 23 |  |  |
| ４ |  |  | 24 |  |  |
| ５ |  |  | 25 |  |  |
| ６ |  |  | 26 |  |  |
| ７ |  |  | 27 |  |  |
| ８ |  |  | 28 |  |  |
| ９ |  |  | 29 |  |  |
| 10 |  |  | 30 |  |  |
| 11 |  |  | 31 |  |  |
| 12 |  |  | 療 養 費合 計 | 円 |
| 13 |  |  |
| 14 |  |  | 保険自己負担額合計 | 円 |
| 15 |  |  |
| 16 |  |  | 記事 |
| 17 |  |  |
| 18 |  |  |
| 19 |  |  |
| 20 |  |  |
| 上記の通り領収したことを証します。 |
| 施術所等 | 所在地名　称施術者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話( ) － |

問い合わせ先　枚方市役所　医療助成・児童手当課　　電話：０７２－８４１－１３５９（直通）