

領収証明書（診療月毎〔入院・外来別〕） ※内容について医療機関に確認する場合があります。

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	<input type="checkbox"/> 医 <input type="checkbox"/> 訪	<input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> （ ）	<input type="checkbox"/> 調 <input type="checkbox"/> （ ）	入外	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 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	TEL ( ) -									
	開設者	TEL ( ) -									

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

領収証明書（診療月毎〔入院・外来別〕） ※内容について医療機関に確認する場合があります。

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	<input type="checkbox"/> 医 <input type="checkbox"/> 訪	<input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> （ ）	<input type="checkbox"/> 調 <input type="checkbox"/> （ ）	入外	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 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	TEL ( ) -									
	開設者	TEL ( ) -									

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

領収証明書（診療月毎〔入院・外来別〕） ※内容について医療機関に確認する場合があります。

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	<input type="checkbox"/> 医 <input type="checkbox"/> 訪	<input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> （ ）	<input type="checkbox"/> 調 <input type="checkbox"/> （ ）	入外	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 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	TEL ( ) -									
	開設者	TEL ( ) -									

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