領収証明書〈※診療月毎(入院･外来別)で証明して下さい。〉

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 | | 明・大昭・平 | | 年　　　月　　　日 | | | | | | |
| 種 別 | 医科・歯科・調剤・訪問・その他（　　　　　） | | | | 入外区分 | | 入　院　・　外　来 | | | | | | | | |
| 診療期間 | 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 | | | | | | | |
| 診 療 日 | 診 療 費（点） | 保険自己  負 担 額 | (円) | 診 療 日 | | 診 療 費（点） | | | | | | 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 |  |  | | 診 療 費  合 計 | | 点 | | | | | | | | | |
| 13 |  |  | |
| 14 |  |  | | 保険自己  負担額合計 | | 円 | | | | | | | | | |
| 15 |  |  | |
| 16 |  |  | | 食事療養費  　　　　　　　　　　　回 | | | | | | | 円 | | | | |
| 17 |  |  | |
| 18 |  |  | |
| 19 |  |  | | 記事 | | | | | | | | | | | |
| 20 |  |  | |
| 上記の通り領収したことを証します。 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保　　険  診療機関 | 所在地  名　称  開設者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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）