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）