

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	1 0 ・ 2 0 ・ 3 0	
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		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() -