

## 医療費点数等の証明書（福祉医療）

領収書に受診者名、月単位の入院期間及び医療費点数などの記載がない場合は、福祉医療費の助成に必要なため、以下の証明が必要になります。

受診者の情報			
受診者名		生年月日	T・S・H・R 年 月 日

### 【医療機関の方の証明欄】

受診期間	入院・外来	医療費点数	医療費領収金額
年 月 日～ 日 【 日間】	入院・外来	円	円
年 月 日～ 日 【 日間】	入院・外来	円	円
年 月 日～ 日 【 日間】	入院・外来	円	円
年 月 日～ 日 【 日間】	入院・外来	円	円
年 月 日～ 日 【 日間】	入院・外来	円	円
年 月 日～ 日 【 日間】	入院・外来	円	円
合計		円	円

上記のと通りの医療費総額であることを証明します。

年 月 日

(医療機関等)

所在地

名称

電話番号

記入者名

\_\_\_\_\_ (印)

( ) —

※ 医療機関の証明印のないものは無効です。

### 医療機関の方へ

この証明書は、本市の医療費助成制度の対象となる方が、償還払いの申請をする際に、発行して頂いている領収書では助成額が決定できないため、証明いただく書類です。

- ① 月ごとに記載してください。
- ② 月途中で保険が変更になった場合や、福祉医療の受給資格を取得した場合は、その区分毎に記載してください。