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	入院・外来	円	円	
		[日間】	7 4/20 7 1 7/4	1.4	1 4	
年	月	$\exists\sim$	目	入院・外来	円	円	
		ľ	日間】	八阮,沙木	Ħ	H	
年	月	日~	日	入院・外来	円	円	
		ľ	日間】	八阮,沙木	Ħ		
年	月	日~	目	入院・外来	円	円	
		[日間】	八阮,沙木	Ħ	H	
年	月	日~	目	入院・外来	円	Ш	
		1	日間】	八尻・外米	门	円	
年	月	目~	目	110岁 日本	ш	円	
		[日間】	入院・外来	円		
合計				円	円		

上記のとお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	()			
	<u> </u>	 医療機関の証明印	のない	ものは無効	<u></u> かです。

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。