|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受給者番号 |  | 受給者氏名 |  |
| 公費負担者番号 |  | 疾　病　名 |  |
| 月額自己負担上限額 | 　　　　　　　円 | 生年月日 | 　　　　年　　　月　　　日 |
| 保険種別 | 本人・家族 | 協会・健組・船保・共済・国保・国組・国退・後期高齢・介護・その他（　　　　） | 保険負担割合 | ７割・８割・９割その他（　　　割） |
| **診療年月日****(または期間)** | **日数****(または食事数)** | **区分** | **総医療費****(公費の対象となる医療費)****【Ａ】** | **自己負担額****（Aの額に対する窓口での****自己負担額)****【Ｂ】** |
| 年　　月分（　　　　　） | 　　 　日 | 外来 | 　　　　　　　　　　円 | 　　　　　　　　　　円 |
| 　　　　日 | 入院 | 　　　　　　　　　　円 | 円　　　　　 |
| 　　　　食 | 食事療養費 | 　　　　　　　　　　円 | 　　　　　　　　　　円 |
| 　　　　日 | 保険調剤 | 　　　　　　　　　　円 | 　　　　　　　　　　円 |
| 　　　　日 | 介護サービス | 　　　　　　　　　　円 | 　　　　　　　　　　円 |
| 年　　月分（　　　　　） | 　　 　日 | 外来 | 　　　　　　　　　　円 | 　　　　　　　　　　円 |
| 　　　　日 | 入院 | 　　　　　　　　　　円 | 　　　　　　　　　　円 |
| 　　　　食 | 食事療養費 | 　　　　　　　　　　円 | 　　　　　　　　　　円 |
| 　　　　日 | 保険調剤 | 　　　　　　　　　　円 | 　　　　　　　　　　円 |
| 　　　　日 | 介護サービス | 　　　　　　　　　　円 | 　　　　　　　　　　円 |
| 院外処方の場合　処方箋発行医療機関名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

**医療費証明書**

第13号様式

**上記のとおり領収しました。**

**年　　　月　　　日**

**（医療機関等）名　　　称**

**所　在　地**

**管理者職氏名**

**担当者職氏名**

**連　絡　先**