|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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**