沖縄市医療費助成　診療証明書

（こども・母子父子　医療費助成用）

対象者氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ	
	生年月日	S・H・R　年　月　日生

医療機関各位

・診療領収書に代わるものとして証明をお願いします。
・外来はひと月で１枚とし、診療科目別・日付ごとの保険点数と保険適用金額の記入をお願いします。
・押印を忘れずにお願いします。

診療年月【令和　年　月分】　受診科目【　　科】

１ 入 院

日～　日迄

入院総日数＿＿＿＿日間
点　数＿＿＿＿点
一部負担額＿＿＿＿円
食事負担額＿＿＿＿円
（　日分）
合 計 額＿＿＿＿円

日～　日迄

入院総日数＿＿＿＿日間
点　数＿＿＿＿点
一部負担額＿＿＿＿円
食事負担額＿＿＿＿円
（　日分）
合 計 額＿＿＿＿円

２ 外 来

一部負担額合計＿＿＿＿円

診療日	保険点数	一部負担額	診療日	保険点数	一部負担額
日	点	円	日	点	円
日	点	円	日	点	円
日	点	円	日	点	円
日	点	円	日	点	円
日	点	円	日	点	円
日	点	円	日	点	円
日	点	円	日	点	円
日	点	円	日	点	円
日	点	円	日	点	円
日	点	円	日	点	円
日	点	円	日	点	円
日	点	円	日	点	円
日	点	円	日	点	円
日	点	円	日	点	円
日	点	円	日	点	円

令和　年　月　日

医療機関等の所在地
電　話　番　号
医療機関名称　　印
開設者氏名
医療機関コード［　　］

保護者の方へ

・領収書を紛失した場合や月まとめで記入されている場合、またレシートでの発行の際に使用して下さい