

沖縄市医療費助成 診療証明書 鍼灸整骨院用

(重度心身障がい者医療費助成用)

対象者氏名				様
生年月日	M・T S・H	年	月	日生

診療年月【令和 年 月】

診療日数【 日】

医療保険対象総額【 円】 (10割)

一部負担額【 円】 (本人負担額)

上記、金額確かに領収いたしました。

令和 年 月 日

住 所：

電話番号：

鍼灸整骨院名：

代表者氏名：

印

※記入される方へ

自費等は含まず、医療保険が適用される金額のみ記入してください。