

沖縄市医療費助成 診療証明書

(こども・母子父子・重度障がい 医療費助成用)

対象者氏名	フリガナ		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。		
	生年月日	M・T・S・H 年 月 日生			

診療年月【平成 年 月分】 受診科目【 科】

1 入院		2 外来			
日～ 日迄		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
入院総日数 _____ 日間	点	円	日	点	円
点 数 _____ 点	点	円	日	点	円
一部負担額 _____ 円	点	円	日	点	円
食事負担額 _____ 円	点	円	日	点	円
(日分)	点	円	日	点	円
合 計 額 _____ 円	点	円	日	点	円
日～ 日迄	点	円	日	点	円
入院総日数 _____ 日間	点	円	日	点	円
点 数 _____ 点	点	円	日	点	円
一部負担額 _____ 円	点	円	日	点	円
食事負担額 _____ 円	点	円	日	点	円
(日分)	点	円	日	点	円
合 計 額 _____ 円	点	円	日	点	円

平成 年 月 日

医療機関等の所在地
 電 話 番 号
 医 療 機 関 名 称
 開 設 者 氏 名
 医 療 機 関 コ ー ド [_____]

印

保護者の方へ

- ・領収書を紛失した場合や月まとめて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