

① 医科	③ 歯科	④ 調剤	医療機関コード番号	
------	------	------	-----------	--

領収証明書 (福祉医療費助成申請用)

受給者番号 _____ 氏名 _____ 様 (大・昭・平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日生)
 にかかる**保険診療医療費**について、下記のとおり領収したことを、証明します。

診療年月	入院 ・外来	医療保険 総点数	負担割合	診療 実日数	領収金額 (食事標準負担額 を除く)	*うち月の第1日目・2日目の領収金額	
						第1日目	第2日目
平・令 年 月	入・外	点	1割・2割・3割	日	円	円	円
平・令 年 月	入・外	点	1割・2割・3割	日	円	円	円
平・令 年 月	入・外	点	1割・2割・3割	日	円	円	円
平・令 年 月	入・外	点	1割・2割・3割	日	円	円	円
平・令 年 月	入・外	点	1割・2割・3割	日	円	円	円
平・令 年 月	入・外	点	1割・2割・3割	日	円	円	円
平・令 年 月	入・外	点	1割・2割・3割	日	円	円	円
平・令 年 月	入・外	点	1割・2割・3割	日	円	円	円
平・令 年 月	入・外	点	1割・2割・3割	日	円	円	円
平・令 年 月	入・外	点	1割・2割・3割	日	円	円	円
平・令 年 月	入・外	点	1割・2割・3割	日	円	円	円
平・令 年 月	入・外	点	1割・2割・3割	日	円	円	円
平・令 年 月	入・外	点	1割・2割・3割	日	円	円	円
平・令 年 月	入・外	点	1割・2割・3割	日	円	円	円
平・令 年 月	入・外	点	1割・2割・3割	日	円	円	円
平・令 年 月	入・外	点	1割・2割・3割	日	円	円	円
平・令 年 月	入・外	点	1割・2割・3割	日	円	円	円
平・令 年 月	入・外	点	1割・2割・3割	日	円	円	円
平・令 年 月	入・外	点	1割・2割・3割	日	円	円	円
平・令 年 月	入・外	点	1割・2割・3割	日	円	円	円
平・令 年 月	入・外	点	1割・2割・3割	日	円	円	円
平・令 年 月	入・外	点	1割・2割・3割	日	円	円	円
平・令 年 月	入・外	点	1割・2割・3割	日	円	円	円
平・令 年 月	入・外	点	1割・2割・3割	日	円	円	円
平・令 年 月	入・外	点	1割・2割・3割	日	円	円	円
平・令 年 月	入・外	点	1割・2割・3割	日	円	円	円
平・令 年 月	入・外	点	1割・2割・3割	日	円	円	円

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

*この欄は入院の場合、又は高齢期移行者
医療費助成申請の場合は記入不要です

医療機関等の
所在地

電話 () -

医療機関等の
名称又は氏名

印

月の第1日目、第2日目の領収金額の欄は、1日当たり的一部負担金上限額(※)を下回るときのみ、ご記入ください。
 入院の場合、または高齢期移行者医療費助成申請の場合はご記入は不要です。
 ※各医療費助成の受給者証をご確認ください。