

特定疾患医療費証明書

受給者番号		受給者氏名				
診療年月	区分	診療日数	診療・介護報酬、調剤点数/金額	入院時食事療養費標準負担額又は入院時生活療養標準負担額	自己負担割合	受給者からの領収額
年 月	入院 外来 調剤 介護	日	点 円	円	1割 2割 3割	円
年 月	入院 外来 調剤 介護	日	点 円	円	1割 2割 3割	円
年 月	入院 外来 調剤 介護	日	点 円	円	1割 2割 3割	円
年 月	入院 外来 調剤 介護	日	点 円	円	1割 2割 3割	円
上記のとおり証明します。						
平成 年 月 日						
〒 所在地 名 称 代表者						
印						
備 考						