

特定医療費証明書

受給者番号				受給者氏名			
診療年月	区分	診療日 (日付)		診療・介護報酬、 調剤点数 (A)	自己負担 割合 (B)	指定難病に係る 受給者からの 領収額 (C)	
年 月	入院 外来 調剤 訪看 介護	日 ~	日	点	1割 2割 3割	円	
年 月	入院 外来 調剤 訪看 介護	日 ~	日	点	1割 2割 3割	円	
年 月	入院 外来 調剤 訪看 介護	日 ~	日	点	1割 2割 3割	円	
年 月	入院 外来 調剤 訪看 介護	日 ~	日	点	1割 2割 3割	円	

上記のとおり証明します。

年 月 日

〒
所在地

名 称

代表者

印

備 考	
--------	--