

八千代市子ども医療費に係る医療機関証明書

令和 年 月 日

（医療機関等）

所在地
名称
代表者

㊞

下記のとおり令和 年 月分の医療費等を領収したことを証明します。

記

受診者氏名	生年月日	平成・令和 年 月 日
-------	------	-------------

診療区分	診療日	領収日 ※1	医療費総額 ①	社会保険等負担額 ②	一部負担金 (① - ②) ③	③のうち他 法公費負担 医療による 公費負担額	③のうち他 費負担額
外来 (調剤・接骨院等の 施術所を含む。※2)	日	日					
	日	日					
	日	日					
	日	日					
	日	日					
	日	日					
	日	日					
	日	日					
	日	日					
	日	日					
	日	日					
	日	日					
	日	日					
	日	日					
	日	日					

診療区分	診療日	領収日 ※1	医療費総額 ①	社会保険等負担額 ②	一部負担金 (① - ②) ③	③のうち他 法公費負担 医療による 公費負担額	食事療養費	食事回数
入院	日 ～ 日							

※1 「領収日」の欄には、診療日と異なる場合のみ記入してください。
 ※2 接骨院等の施術所での診療の場合は、①に保険適用分の総額を、②に保険者負担分を、③に患者負担分を記入し、その他の欄は、空欄にしてください。