

年 月 診療報酬等証明書

受給者番号								
受給者氏名							生年月日	年 月 日
保険証記号							保険証番号	
保険者名称							給付割合	7割・8割・9割

入院

保険点数	点		医療保険自己負担額	円
入院期間	年 月 日～ 年 月 日		入院日数	日

外来・調剤・柔道整復師の施術（ ）

保険点数または 施術費総額	点		円	医療保険自己負担額	円
※診療（処方・施術）日別の内訳を下欄に記入してください。				診療日数計	
診 療 日	保険点数又は 施術費総額	医 療 保 険 自 己 負 担 額	診 療 日	保険点数又は 施術費総額	医 療 保 険 自 己 負 担 額
日	点 円	円	日	点 円	円
日	点 円	円	日	点 円	円
日	点 円	円	日	点 円	円
日	点 円	円	日	点 円	円
日	点 円	円	日	点 円	円
日	点 円	円	日	点 円	円
日	点 円	円	日	点 円	円
日	点 円	円	日	点 円	円

◎上記の保険診療点数から自己負担額が算出できない場合は、下記に理由を記入してください。

ア.特定疾病該当（人工透析等）	イ.自立支援医療（更生医療）該当	ウ.自立支援医療（精神通院）該当
エ.特定医療費（指定難病）該当	オ.結核予防法該当	カ.その他公費負担制度等該当（ ）
※該当する制度の月額自己負担上限額を記入してください。（ 円）		

◎診療報酬等証明書の発行に要する文書料	円 ※市の助成限度額は200円です。
---------------------	--------------------

<p>上記のとおり証明します</p> <p>年 月 日</p> <p>所在地</p> <p>医療機関 名称</p> <p>代表者氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p>
--

【注1】 この証明書は、市川市重度心身障害者（児）医療費助成を受けるためのものです。

【注2】 月別、医療機関別、入院・外来・薬局別、加入保険別に記入してください。