



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。

上記のとおり証明します
 年 月 日

医療機関ごとに証明をもらってください ← 医療機関 所在地 名称 代表者氏名 印

証明書の文書料を医療機関に事前に確認してください

【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。