

市川市ひとり親家庭の父母等医療費等証明書

年 月 日

(保護者)

様

(保険医療機関等)

所在地

名称

代表者



医療費等を次のとおり領収したことを証明します。

受診者				年齢	歳
診察月	1	年 月分			
医療区分	2	1. 医科入院 2. 医科外来 3. 歯科 4. 調剤 5. その他			
外 来	3	総医療点数 患者負担額	点 円	5	※この欄は記入しないでください 円
	4	診療実日数 (調剤日数)	日 日)		
入 院	6	総医療点数 患者負担額	点 円	7	※この欄は記入しないでください 円
	8	食事療養費 円 (日分)			
	9	入院実日数 年 月 日 ~ 年 月 日 年 月 日 ~ 年 月 日			
証明手数料	10	円 (円)			

これより下欄は記入しないでください。

11	高額療養費							円	備考
12	附加給付額							円	
13	自己負担控除額							円	
14	証明手数料							円	
助 成 額								円	

(注) 診療科目別に1箇月ごとに発行してください。

調剤日数は調剤薬局のみ記入してください。

年 月分

申請できるのは、医療費等を支払った日の属する月の翌月から2年以内のものです。