

市川市ひとり親家庭等医療費等助成証明書

年 月 日

(申請者)

様

(保険医療機関等)

所在地

名称

代表者



次のとおり医療費等を領収したことを証明します。

受診者					年齢	歳
診療月	1	年 月分				
診療区分	2	1 医科入院	2 医科外来	3 歯科	4 調剤	5 その他
外来	3	診療実日数 (調剤日数)	日 日)	6	※この欄は記入しないでください	
	4	総医療点数 患者負担額	点 円		円	
	5	(接骨院等の施術所のみ使用欄) 総金額 【内訳】 保険適用 (患者負担) (保険負担) 保険適用外 (自費分)	円 円 円			
入院	7	総医療点数 患者負担額	点 円	8	※この欄は記入しないでください	
	9	食事療養費	円 (回)		
	10	入院実日数	日	年 月 日 ~ 年 月 日 年 月 日 ~ 年 月 日		
証明手数料	11	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	付加給付額							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。
 診療実日数が2日以上の場合は裏面の「診療日ごとの点数及び金額」欄をあわせて記入してください。
 調剤日数は、調剤薬局のみ記入してください。

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。

