

## 市川市子ども医療費証明書

年 月 日

(申請者)

様

(保険医療機関等)

所在地

名称

代表者



次のとおり子ども医療費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							
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		診療実日数 (調剤日数)	日 日)	※この欄は記入しないでください。				円	
	3	総医療点数 患者負担額	点 円						
	4	(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 円	5					
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 ( 回)							
	9	入院実日数	日	年 月 日 ~ 年 月 日 年 月 日 ~ 年 月 日					

※これより下欄には記入しないでください。

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

(注1) 診療科目別に、1箇月ごとに発行してください。

(注2) 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。

(注3) 調剤日数は、調剤薬局のみ記入してください。

申請をすることができる医療費は、支払った日の属する月の翌月の初日から起算して2年以内のものです。

