

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
保険記号							保険番号	
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		所在地 医療機関 名称 代表者氏名 印	
医療機関ごとに 証明をもらって ください		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。