

療 養 証 明 書

患者氏名

男・女

(生年月日

年 月 日生)

病 名	
-----	--

保険の 種類	国保・協会・組合・共済・ 日雇・船員・後期・介護・ その他 ()	限度額適用認定書等の提示		保険自 己負担 割合	入院 通院 調剤 割
	有 無	所得区分			

注) 下表は太線の中のみ記入願います。

(単位:円)

小児慢性特定疾病医療受給者証有効期間:		年 月 日 ~ 年 月 日					
診療 年月	入院 の別 通院	日数 (日) 回数 (回)	保 険 診 療 総 額 (a)	社会保険等 負 担 額 (b)	患 者 自 己 負 担 額 (a)-(b) (c)	患 者 負 担 額 (d)	市 支 払 額 (c)-(d) (e)
年 月	入 院	診療					
		食事					
		計					
	入院以外						
年 月	入 院	診療					
		食事					
		計					
	入院以外						
年 月	入 院	診療					
		食事					
		計					
	入院以外						
合 計							

八王子市小児慢性特定疾病医療費助成対象の医療費を上記のとおり証明します。

年 月 日

所在地

医療機関名 名 称

管理者名

印

医療機関コード (7桁)

()

電話番号:
記入者名: