

一部負担金支払証明書

(大野城市公費医療費償還払い手続き用)

※この用紙に医療機関で証明を受ければ、領収証の代わりとしてお手続きいただけます。
ただし、医療機関によっては手数料等がかかる場合がありますので、事前に医療機関にご確認ください。

(受診者氏名) _____ 様

平成・令和 年 月～平成・令和 年 月診療分

* 薬剤容器代、食事療養費、医療保険対象外金額は除く

	医療保険 総点数	領収金額	診療科目	入・外区分
平・令 年 月	点	円	1.医科 2.歯科 3.調剤 4.他()	入院・外来
平・令 年 月	点	円	1.医科 2.歯科 3.調剤 4.他()	入院・外来
平・令 年 月	点	円	1.医科 2.歯科 3.調剤 4.他()	入院・外来
平・令 年 月	点	円	1.医科 2.歯科 3.調剤 4.他()	入院・外来

上記のとおり領収しました。

令和 年 月 日

医療機関等

所在地 _____

名称 _____

氏名 _____ 印

電話 _____

《医療機関各位へお願い》
※この証明書は、診療月・入外別・診療科別(レセプト1枚ごと)に作成してください。

一部負担金支払証明書

(大野城市公費医療費償還払い手続き用)

※この用紙に医療機関で証明を受ければ、領収証の代わりとしてお手続きいただけます。
ただし、医療機関によっては手数料等がかかる場合がありますので、事前に医療機関にご確認ください。

(受診者氏名) _____ 様

平成・令和 年 月～平成・令和 年 月診療分

* 薬剤容器代、食事療養費、医療保険対象外金額は除く

	医療保険 総点数	領収金額	診療科目	入・外区分
平・令 年 月	点	円	1.医科 2.歯科 3.調剤 4.他()	入院・外来
平・令 年 月	点	円	1.医科 2.歯科 3.調剤 4.他()	入院・外来
平・令 年 月	点	円	1.医科 2.歯科 3.調剤 4.他()	入院・外来
平・令 年 月	点	円	1.医科 2.歯科 3.調剤 4.他()	入院・外来

上記のとおり領収しました。

令和 年 月 日

医療機関等

所在地 _____

名称 _____

氏名 _____ 印

電話 _____

《医療機関各位へお願い》
※この証明書は、診療月・入外別・診療科別(レセプト1枚ごと)に作成してください。