

様

令和 年 月 日

(医療機関等記入欄)

診療報酬等による一部負担額		
(年 月分)	保険の種類	協・組・日・船・共・国・国組
区 分	入 院	入 院 外
診療報酬点数	点	点
他法負担額	円	円
保険者負担額（高額療養費を除く。）	円	円
本人負担額	円	円
入院開始年月日	年 月 日・継続	
本月の入院継続日数及び通院日数	日	日

[薬局の場合：処方箋発行医療機関等名（ ）]

証明年月日 年 月 日

医療機関等の所在地
名称及び開設者氏名

㊟

注1) 診療報酬点数及び一部負担金(本人負担額)には、入院時食事療養費に係る標準負担額を含まないでくだ
さい。

2) 入院開始年月日欄には、入院開始月については入院年月日を記入し、前月から引き続き入院している場合には、継続に○印をつけてください。

(市事務処理欄)

本人負担額 A	高額療養費 B	付加給付等 C	支給決定額 D (D=A-B-C)
円	円	円	円