

## 特定医療費等証明書

| 受給者氏名               |    |       |     |      |              | 受給者番号 |      |       |    |      |  |
|---------------------|----|-------|-----|------|--------------|-------|------|-------|----|------|--|
| 受給者証に記載されている自己負担上限額 |    |       |     |      |              |       | 円    |       |    |      |  |
| 診療年月                | 区分 | 医療保険分 |     |      | 食事療養費（標準負担額） |       |      | 介護保険分 |    |      |  |
|                     |    | 日数    | 総点数 | 自己負担 | 日数           | 総点数   | 自己負担 | 日数    | 総額 | 自己負担 |  |
|                     | 入院 | 日     | 点   | 円    | 日            | 点     | 円    | 日     | 円  | 円    |  |
|                     | 外来 |       |     |      |              |       |      |       |    |      |  |
|                     | 入院 |       |     |      |              |       |      |       |    |      |  |
|                     | 外来 |       |     |      |              |       |      |       |    |      |  |
|                     | 入院 |       |     |      |              |       |      |       |    |      |  |
|                     | 外来 |       |     |      |              |       |      |       |    |      |  |
|                     | 入院 |       |     |      |              |       |      |       |    |      |  |
|                     | 外来 |       |     |      |              |       |      |       |    |      |  |

※特定医療費等の対象医療分のみ記載してください。

上記は、特定医療費等に係る費用と相違ないことを証明します。

年 月 日

医療機関 所在地

名称

代表者氏名