

医療証明書

受診者氏名			被保険者証記号番号		
所得区分	アイウエオ		証明料(保険外)	円	
受診年月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月
該当に○をつけてください	外来・入院	外来・入院	外来・入院	外来・入院	外来・入院
療養費総点数	点	点	点	点	点
特定疾患等による自己負担限度	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
受診者負担額	円	円	円	円	円
入院日数	___日～___日まで ____日間	___日～___日まで ____日間	___日～___日まで ____日間	___日～___日まで ____日間	___日～___日まで ____日間

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

医療機関名

代表者氏名

印

医療機関へのお願い

- 診療(調剤)報酬明細書単位で総医療点数と受診者負担額をお教えください。
- 保険診療の対象外の金額は除外してください。ただし、この証明書の発行に手数料がかかる場合は、証明料欄に金額を記入してください。
- 所得区分は、高額療養費適用の場合に記入してください。