

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
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
療養費総点数	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
受診者負担額	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
<div>上記のとおり相違ないことを証明する。</div> <div>年 月 日</div> <div>医療機関名</div> <div>代表者氏名</div> <div>印</div>				

医療機関へのお願い

1. 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てください。
2. 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。
3. 所得区分は、高額療養費適用の場合に記入してください。