



医 療 証 明 書				
受診者氏名			被 保 険 者 証 記 号 番 号	
			証 明 料 ( 保 険 外 )	円
受診年月別	年 月分	年 月分	年 月分	年 月分
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
<p>上記のとおり相違ないことを証明する。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>医療機関名</p> <p>代表者氏名 <span style="float: right;">Ⓜ</span></p>				

医療機関へのお願い

1. 診療報酬明細書(レセプト)別に総医療点数と受診者負担額をお教えください。
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。