

第1号様式

医療費等証明書

年 月 日

所在地

医療機関等 名称

代表者氏名

㊞

年 月分の医療費（入院・通院・調剤）は、次のとおりです。

| 受診者氏名 | | | | | | | | | | |
|-------------|------------------------|------------------|--------------------|-------------------|------------------------------|--|--|--|-----------------------|-----------------------|
| 受診者生年月日 | | 年 月 日 | | | | | | | | |
| 通院日 | 医療費 （施術 料） 総額 | 社会保 険等負 担額 | 一部負 担金(① -②) | 食事療 養標準 負担額 | 生活 療 養 標 準 負 担 額 | ③のう ち他法 公費負 担医療 による 公費負 担額 | ④の うち他 法公費 負担医 療によ る公費 負担額 | ⑤の うち他 法公費 負担医 療によ る公費 負担額 | ④に 係る 食 事 回数 | ⑤に 係る 食 事 回数 |
| 日 | 円 | 円 | 円 | | | 円 | | | | |
| 日 | | | | | | | | | | |
| 日 | | | | | | | | | | |
| 日 | | | | | | | | | | |
| 日 | | | | | | | | | | |
| 日 | | | | | | | | | | |
| 日 | | | | | | | | | | |
| 日 | | | | | | | | | | |
| 日 | | | | | | | | | | |
| 日 | | | | | | | | | | |
| 入院 期間 | | | | | | | | | | |
| 日 ～ 日 | | | | | | | | | | |

証明手数料 円