

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 月分の医療費は、次のとおりです。

子ども氏名							
子ども生年月日		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	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	食事回数
	①	②	③	④			
日	円	円	円	/	円	/	/
日	円	円	円		円		
日	円	円	円		円		
日	円	円	円		円		
日	円	円	円		円		
日	円	円	円		円		
日	円	円	円		円		
日	円	円	円		円		
日	円	円	円		円		
日	円	円	円		円		
入院期間 日～ 日	円	円	円	円	円	円	回

証明手数料	円
-------	---