

記入例

船橋市長 あて

〇〇年〇〇月〇〇日

医療機関印の押印をお願いします。

所在地 船橋市〇〇-〇〇-〇〇

保険医療機関等 名称 〇〇〇〇〇〇病院

代表者氏名 船橋太郎

〇年 〇月分の医療費を次のとおり証明します。

受診者氏名	船橋一郎		生年月日	〇〇年〇月〇日生	
保険種別	<input checked="" type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会（協会けんぽ） <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
保険者名称	〇〇健康保険組合		保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8	
記号	1 2 3		番号	4 5 6 7 8	
保険適用総点数	入院	500,000 点		通院	2,000 点
保険適用自己負担金額 ※食事療養費標準負担額は除くこと	入院	10,000 円		通院	6,000 円
診療日 ※入院の場合は入院期間	入院	〇年 〇月 1日から 〇年 〇月 10日まで		通院	〇〇年〇月〇〇日 (※複数回通院の場合は、〇〇年〇月まで記入し、備考欄に内訳を記載。)
他の公費負担医療制度の有無	<input checked="" type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し		名称	更生医療（入院のみ）	

備考

※複数回通院の場合

日付	点数	自己負担金額
〇月〇〇日	〇〇〇点	〇〇〇円

自立支援医療や、小児慢性特定疾病医療等、他の公費負担医療制度を適用している場合は、「有り」に〇を付け、公費負担医療制度の名称の記載をお願いいたします。