

船橋市重度心身障害者医療費証明書

年 月 日

船橋市長 あて

所在地

保険医療機関等 名称

印

代表者氏名

年 月分の医療費を次のとおり証明します。

受診者氏名		生年月日	年 月 日生
保険種別	<input 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		保険者番号	
記号		番号	
保険適用総点数	入院	点	通院 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	円	通院 円
診療日 ※入院の場合は入院期間	入院	年 月 日から 年 月 日まで	通院 年 月 日
他の公費負担医療制度の有無	有り ・ 無し		名称

備考