

療養の給付等に関する証明書

療養を受けた者の氏名		(合算相手)
診 療 年 月	年	月
診 療 総 点 数	点	点
公費負担点数 (有・無)	点	点
一 部 負 担 金①	円	円
薬剤一部負担金②	円	円
高 額 療 養 費③		円
附 加 金 等④		円
被保険者負担額(助成対象額) (①+②) - (③+④)		円
上記のとおり支給したことを証明します。 <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> 年 月 日 (保険者名) </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> 印 (担当:) </div>		

- この証明書は、熊本市子ども医療費の助成申請に使用するものです。
- 記入方法等のお問い合わせは 熊本市子ども支援課 TEL 096-328-2158 まで