

診療費領収明細書

患者氏名	
金額（保険内）	円
総点数	点
診療日	R 年 月 日 ~ R 年 月 日
診療区分	①入院 ②外来
診療科	
公費負担	①なし ②あり※
※公費負担ありの場合のみ記載 その内容（□に☑）	<input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病医療 <input type="checkbox"/> 育成医療 <input type="checkbox"/> 更生医療 <input type="checkbox"/> 精神通院医療 <input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> その他（ ）

令和 年 月 日

上記のとおり領収しました。

保険医療機関等の
所在地及び名称
開設者氏名

(印)

※この領収明細書は、熊本市こども医療費受給資格者が医療費の助成申請に使用するものです。

診療費領収明細書

患者氏名	
金額（保険内）	円
総点数	点
診療日	R 年 月 日 ~ R 年 月 日
診療区分	①入院 ②外来
診療科	
公費負担	①なし ②あり※
※公費負担ありの場合のみ記載 その内容（□に☑）	<input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病医療 <input type="checkbox"/> 育成医療 <input type="checkbox"/> 更生医療 <input type="checkbox"/> 精神通院医療 <input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> その他（ ）

令和 年 月 日

上記のとおり領収しました。

保険医療機関等の
所在地及び名称
開設者氏名

(印)

※この領収明細書は、熊本市こども医療費受給資格者が医療費の助成申請に使用するものです。