

様式第5号（第8条関係）

重度心身障害医療費受領証明書

平成 年 月診療分			区分	医	歯	薬	接
記号番号	障 第	号	受診者名				
診療日数		日	入院・外来の別		入院・外来		
国	保険請求総点数	点	公費負担点数		証明経費		
保	公費負担額	有 無	点		円		
社	保険請求総点数	点	公費負担点数		自己負担金月額		
保	公費負担額	有 無	点		円		

外来薬剤一部負担金	円
-----------	---

入院時食事療養費	一 般	円× 日	円	
	住民税	90日までの入院	円× 日	円
	非課税世帯	90日を超える入院	円× 日	円
	住民税非課税世帯の老齢福祉年金の受給権者	円× 日	円	

上記のとおり受領したことを証明します。

年 月 日

(医療機関)

所在地

名称

開設者氏名



- (注) (1) 医療機関については、保険請求する時の記号番号でよろしいが、印は必ず押印すること。  
 (2) この証明書については、翌月の15日以降に証明を受けてください。  
 (3) 受診者は、この証明書を、市役所（支所）へ持参して一部負担金相当額の医療費支給申請の手続をしてください。(印章持参のこと)