

様式第10号(第10条関係)

重度心身障害医療費受領証明書

年		月		診療分		区	医	歯	薬	接	
受給者番号				受診者名							
診療日数		日		入院・外来の別		入院・外来					
国保・社保	保険請求総点数		点		後期高齢	保険請求総点数		点			
	公費負担額		有 無			公費負担額		有 無			
証明経費		公費負担額		重心医療自己負担金		自己負担金額					
100 円		円		円		円					

入院時食事療養費自己負担額	入院時食事療養費				
	一	般	円× 食	円	
	低所得Ⅱ	90日までの入院		円× 食	円
		90日を超える入院		円× 食	円
	低	所得Ⅰ	円× 食	円	
	療養病床入院時食費負担額				
	一	般	円× 食	円	
	低	所得Ⅱ	円× 食	円	
	低	所得Ⅰ	円× 食	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) 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。
 (2) 医療機関については、必ず押印をお願いします。
 (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。(印鑑持参のこと)