

浦安市子ども医療費の助成に係る医療機関証明書

令和 年 月 日

浦安市長 内田 悦嗣 様

（保険医療機関等）

所在地

名称

代表者氏名

㊞

医療費等を次のとおり領収したことを証明します。

フリガナ 受診者氏名		生年月日	平成・令和 年 月 日
診療（調剤）月	年 月分		
医療区分	1. 医科 2. 歯科 3. 調剤 4. その他（ ）		
外来	総医療点数 患者負担額	点 円	公費負担額 有（ ）円・無
	診療（調剤） 実日数	診療（調剤）日	年 月 日
		領収日	年 月 日
入院	総医療点数 患者負担額	点 円	公費負担額 有（ ）円・無
	食事療養費	円（ ）日分	
	入院期間	（ 年 月 日 ～ 年 月 日）	
		（ 年 月 日 ～ 年 月 日）	
領収日	年 月 日		
証明手数料	円		

（注） 診療（調剤）報酬明細書ごとに発行してください。