

記入例

① 医科 ③ 歯科 ④ 調剤 医療機関コード番号 1234567890

領収証明書 (福祉医療費助成申請用)

受給者番号 1234657 氏名 神戸 太郎 様 (大・昭・平・令 10 年 1 月 23 日生)
 にかかる保険診療医療費について、下記のとおり領収したことを、証明します。

受給者証に記載されている7桁の
受給者番号をご記入ください

保険のきかない医療費や
医療材料 (例: 薬のビン
代、差額ベッド代など)
は助成できません

平・令	年	月	入・外	点	担割合	診療 実日数	領収金額 (食事標準負担額 を除く)	円	円	円
平・令	5	1	入・外	1,132	1割・2割・3割	1	3,400	円	円	円
平・令	5	2	入・外	2,712	1割・2割・3割	5	8,140	円	円	円
平・令	5	2	入・外	752	1割・2割・3割	2	2,260	円	円	360
平・令	年	月	入・外	点	1割・2割・3割	日	円	円	円	円
平・令	年	月	入・外	点	1割・2割・3割	日	円	円	円	円
平・令	年	月	入・外	点	1割・2割・3割	日	円	円	円	円
平・令	年	月	入・外	点	1割・2割・3割	日	円	円	円	円
平・令	年	月	入・外	点	1割・2割・3割	日	円	円	円	円
平・令	年	月	入・外	点	1割・2割・3割	日	円	円	円	円
平・令	年	月	入・外	点	1割・2割・3割	日	円	円	円	円
平・令	年	月	入・外	点	1割・2割・3割	日	円	円	円	円
平・令	年	月	入・外	点	1割・2割・3割	日	円	円	円	円
平・令	年	月	入・外	点	1割・2割・3割	日	円	円	円	円
平・令	年	月	入・外	点	1割・2割・3割	日	円	円	円	円
平・令	年	月	入・外	点	1割・2割・3割	日	円	円	円	円
平・令	年	月	入・外	点	1割・2割・3割	日	円	円	円	円
平・令	年	月	入・外	点	1割・2割・3割	日	円	円	円	円
平・令	年	月	入・外	点	1割・2割・3割	日	円	円	円	円
平・令	年	月	入・外	点	1割・2割・3割	日	円	円	円	円
平・令	年	月	入・外	点	1割・2割・3割	日	円	円	円	円
平・令	年	月	入・外	点	1割・2割・3割	日	円	円	円	円

入院と外来は
別々に記載してください

【神戸太郎さん (一部負担金400円) の例】
 令和5年2月が以下の場合
 1日目 720円 ...400円以上なので記入不要です
 2日目 360円 ...**ご記入おねがいします**
 3日目 510円 }
 4日目 670円 } 3日目以降は記入不要です

令和 5 年 2 月 22 日

*この欄は入院の場合、又は高齢期移行者
医療費助成申請の場合は記入不要です

医療機関等の所在地 **神戸市中央区〇〇町1丁目1番1号** 電話 (078) 333 - 〇〇△△

医療機関等の名称又は氏名 **ABC病院** 押印してください **ABC病院**

月の第1日目、第2日目の領収金額の欄は、1日当たり的一部負担金上限額(※)を下回るときのみ、ご記入ください。
 入院の場合、または高齢期移行者医療費助成申請の場合はご記入は不要です。
 ※各医療費助成の受給者証をご確認ください。