

医 療 費 証 明 書

年 月診療分の医療費について証明します。

対象者氏名				
生 年 月 日	年 月 日			
通 院 日	保険請求 点 数	内公費点数	保険診療分 本人負担額	備 考
日	点	点	円	
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
入院期間 日 ～ 日	円	円	円	
証明手数料 有・無 円				
上記の記載事項は、事実と相違ありません。 年 月 日 (医療機関又は薬局名) 所在地 _____ 名 称 _____ 代表者 _____ 印 電話番号 _____				