

第 9 号様式（第 1 4 条第 2 項）

医 療 費 証 明 書

年 月 分

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 _____				