

我孫子市重度障害者医療費受領証明書

対象者	氏名						
	住所	〒					
	生年月日	年 月 日					
受給者番号							

保険種別	1 社保・共済 2 国保 3 後期高齢者医療	負担割合	割
診療科目	1 医科 2 歯科 3 調剤 4 その他 ( )		
通院・調剤分	診療日	総医療点数	一部負担金 (窓口受領額)
	年 月 日	点	円
	年 月 日	点	円
	年 月 日	点	円
	年 月 日	点	円
	年 月 日	点	円
	年 月 日	点	円
	年 月 日	点	円
	年 月 日	点	円
	年 月 日	点	円
入院分	年 月 日 ～ 年 月 日 ( 日間)	点	円
	年 月 日 ～ 年 月 日 ( 日間)	点	円

年 月 日

医療機関名

住所

電話

代表者氏名



注 証明費用は、助成対象となりません。