

特定医療費等証明書

受給者氏名							受給者番号				
受給者証に記載されている自己負担上限額							円				
診療年月	区分	医療保険分			食事療養費（標準負担額）			介護保険分			
		日数	総点数	自己負担	日数	総点数	自己負担	日数	総額	自己負担	
	入院 外来	日	点	円	日	点	円	日	日	円	
	入院 外来										
	入院 外来										
	入院 外来										
	入院 外来										

※特定医療費等の対象医療分のみ記載してください。

上記は、特定医療費等に係る費用と相違ないことを証明します。

年 月 日

医療機関 所在地

名称

代表者氏名