

# 受診証明書

年 月 日

受診者 \_\_\_\_\_ 様

年 月分医療費

保険内自己負担額 \_\_\_\_\_ 円（うち薬剤一部負担金 \_\_\_\_\_ 円）

入院	年 月 日 ~	年 月 日	(入院日数 日)
外来	年 月 日 ~	年 月 日	(受診回数 回)
保険受診点数	_____ 点	結核精神各法等点数	_____ 点

上記のとおり証明します。

所在地  
医療機関等 名称  
氏名

- ※ 証明書は、1月単位で作成し、月末又は翌月の診療の際に受診者へお渡してください。
- ※ 領収書により上記の証明内容が確認できる箇所については、不要とします。