

医 療 機 関 等 証 明 書

伊達市（こども・ひとり親家庭）医療費助成申請用

保 険 診 療 証 明 書				
下記のとおり証明いたします。				
令和 年 月 日				
所在地				
保険医療機関等 名 称				印
氏 名				
受診者氏名			受診者生年月日	年 月 日
診 療 年 月	年 月 分		診 療 科	
入院・入院外	入 院		入院日数	日
の区別	入院外		診療日数	日
公費負担等	1 高額医療費の現物給付 2 育成医療 3 養育医療 4 精神通院医療 5 その他公費負担医療（ ）			
保険診療点数	点		受領金額 ① (保険診療分のみ)	円
入院時 食 事 療養費	食事提供数 (a)	回	標準負担額 月額 ② (a) × (b)	円
	標準負担額 (b)	円		
合計受領金額 ① + ②			円	