

重度障害者医療費
 老人医療費

領収明細書

※ 1か月ごとにご記入ください

氏名		大正・昭和・平成・令和 (生年月日 年 月 日生)	
診療期間 年 月 日から 日まで		実日数 日	診療区分 (いづれかに○) 医科・歯科・調剤・訪看 柔整・はり灸・あんまマッサージ
保険診療総点数 (総金額) 点 円	保険診療自己負担額 円	入外区分 入院 外来※	負担割合 1割 2割 3割

※外来については下記内訳についてもご記入願います

(外来内訳)

診療日	保険診療点数(金額)	保険診療自己負担額	診療日	保険診療点数(金額)	保険診療自己負担額
1	点・(円)	円	17	点・(円)	円
2	点・(円)	円	18	点・(円)	円
3	点・(円)	円	19	点・(円)	円
4	点・(円)	円	20	点・(円)	円
5	点・(円)	円	21	点・(円)	円
6	点・(円)	円	22	点・(円)	円
7	点・(円)	円	23	点・(円)	円
8	点・(円)	円	24	点・(円)	円
9	点・(円)	円	25	点・(円)	円
10	点・(円)	円	26	点・(円)	円
11	点・(円)	円	27	点・(円)	円
12	点・(円)	円	28	点・(円)	円
13	点・(円)	円	29	点・(円)	円
14	点・(円)	円	30	点・(円)	円
15	点・(円)	円	31	点・(円)	円
16	点・(円)	円			

上記のとおり証明します。

令和 年 月 日

医療機関等の所在地

名称

電話番号 ()

担当者

(提出先 東大阪市 医療助成課)