様式第3号

|  |
| --- |
| 池田町ママ・ケア事業医療費等証明書　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日池田町長　宛 |
| 母子手帳番号 | № | 申請者名 |  |
| 申請者住所 | 福井県今立郡池田町 |
| 生年月日 | 　　　年　　　月　　　日 | 保険者名 |  |
|  |
| 保険診療証明欄診療月　　　　年　　　月分　　　　　１．入院　　　２．入院外 |
| 診療科目 | １．医科　　　　２．歯科　　　　３．調剤　　　　４．その他 |
| 区分 | 食事提供日数 | 日 | 保険診療点数 | 点 | 薬剤一部負担金 | 円 |
| 一部負担金受領額 | 食事療養費 | 円 | 保険診療分 | 円 | 合計 | 円 |
| 診療科目 | １　　２　　３　　４　　５　　６　　７　　８　　９　　10　　11　　12内　　外　　脳　　皮　　泌　　整　　眼　　耳　　産　　精　　放　　そ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　婦　　　　　　　　の　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　他 |
| 　上記の一部負担金を受領したことを証明する。　　　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　医療機関名　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |

高額医療分　　　　　円　・　付加給付分　　　　　円

※適用時のみ記入します。