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。