

子ども医療費証明書

(診療月 年 月分)

住 所	珠洲市 町		
子ども氏名		生年月日	年 月 日
療養期間	年 月 日 から		年 月 日
療養 に要 した 費用		保険診療総額	領 収 金 額
	社 会 保 険	入院	(割)
		外来	(割)
	国民健 康保険	入院	(割)
外来		(割)	
但し、入院時食事療養費、訪問看護療養費、家族訪問看護療養費は除く。			
上記のとおり領収いたしました。			
珠 洲 市 長		年 月 日	
		医療機関名	印

子ども医療費証明書

(診療月 年 月分)

住 所	珠洲市 町		
子ども氏名		生年月日	年 月 日
療養期間	年 月 日 から		年 月 日
療養 に要 した 費用		保険診療総額	領 収 金 額
	社 会 保 険	入院	(割)
		外来	(割)
	国民健 康保険	入院	(割)
外来		(割)	
但し、入院時食事療養費、訪問看護療養費、家族訪問看護療養費は除く。			
上記のとおり領収いたしました。			
珠 洲 市 長		年 月 日	
		医療機関名	印