

第 11 号様式 (第 9 条関係)

東庄町重度心身障害者医療費受領証明書

年 月 日

東庄町長 岩田 利雄 様

医療機関

所在地

名称

氏名

㊟

次のとおり受領したことを証明します。

【 年 月診療分】

受給者	住所			
	氏名	男 女	生年月日	年 月 日
	受給者番号			
加入医療保険種別	国保・社保・後期			
診療日数	日	入院・外来の別	入院・外来	
保険請求点数	点	負担割合	%	
保険診療に係る 自己負担額	円			
証明経費	円			