

記入例

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

平成 27 年 8 月 1 日

東庄町長 岩田 利雄 様

医療機関

所在地 市

名称 クリニック

氏名 院長

院長之印

次のとおり受領したことを証明します。

【平成 27 年 7 月診療分】

受給者	住所	東庄町 番地		
	氏名	東庄太郎	男 女	生年月日 昭和 年 月 日
	受給者番号	1111111		
加入医療保険種別	国保 社保・後期			
診療日数	1 日	入院・外来の別	入院 外来	
保険請求点数	1,000 点	負担割合	30 %	
自己負担額	3,000 円			
証明経費	100 円			