　（第８－２号様式）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 証　明　書 | | | | |
| **受療期間** | **医療費(10割)**  **(　点数　)** | **患　　　者**  **負　担　額** | **入院時**  **食事療養費**  **(患者負担額のみ記載)** | **備考** |
| **年　月　日**  **～　　年　月　日** | **円**  **（　　　　　）点** | **円** | **食　　　　円** |  |
| **年　月　日**  **～　　年　月　日** | **円**  **（　　　　　）点** | **円** | **食　　　　円** |  |
| **年　月　日**  **～　　年　月　日** | **円**  **（　　　　　）点** | **円** | **食　　　　円** |  |
| **年　月　日**  **～　　年　月　日** | **円**  **（　　　　　）点** | **円** | **食　　　　円** |  |
| **年　月　日**  **～　　年　月　日** | **円**  **（　　　　　）点** | **円** | **食　　　　円** |  |
| **計** | **円**  **（　　　　　）点** | **円** | **食　　　　円** |  |

　　医療に要した費用、上記のとおりであることを証明する。

　　　　　　　　　　　　 　年　 　月　 　日

　　　　　　　　　　　　　　 医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　 所在地

　　　　　　　　　　　　　　 医師氏名