（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