

池田町ママ・ケア事業医療費等証明書

年 月 日

池田町長 宛

母子手帳番号	No.	申請者名	
申請者住所	福井県今立郡池田町		
生年月日	年 月 日	保険者名	

保険診療証明欄

診療月 年 月分 1. 入院 2. 入院外

診療科目	1. 医科		2. 歯科		3. 調剤		4. その他	
区分	食事提供 日 数	日	保険診療 点 数	点	薬剤一部 負担金	円		
一部負担金 受領額	食事療養費	円	保険診療分	円	合計	円		

診療科目	1 内	2 外	3 脳	4 皮	5 泌	6 整	7 眼	8 耳	9 産 婦	10 精	11 放	12 そ の 他
------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	-------------	---------	---------	-------------------

上記の一部負担金を受領したことを証明する。

年 月 日

医療機関名 住所  
名称  
氏名

㊟

※適用時のみ記入します。

高額医療分 円 ・ 付加給付分 円