医療費計算書

医療機関　所在地

又は　　　名　称

薬　　局　代表者氏名

　　　　　年　　月分の医療費等を下記のとおり証明します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 受診者氏名 | 　 |
| □通院（診療科：歯科・それ以外）□入院（診療科：歯科・それ以外）　□調剤（処方元病院：　　　　　　　　　　　　　　）※通院・入院・調剤のいずれかにチェックしてください。　通院・入院の場合は診療科に〇をつけてください。調剤の場合は処方元病院を記入してください。 |
| 通院・調剤日(支払月日) | 医療費総額① | 社会保険等負担額② | 一部負担金(①－②)③ | 食事療養標準負担額④ | ③のうち他法公費負担医療による公費負担額 | ④のうち他法公費負担医療による公費負担額 | 食事回数 |
| 日(　／　) | 円 | 円 | 円 | 　 | 円 | 　 | 　 |
| 日(　／　) | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 日(　／　) | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 日(　／　) | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 日(　／　) | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 日(　／　) | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 日(　／　) | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 日(　／　) | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 日(　／　) | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 日(　／　) | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 入院期間日～　日(　／　) | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 回 |
| 証明手数料 | 無料　　　・　　　　　　　円 |