

第3号の2様式(第5条)

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							
<input type="checkbox"/> 通院（診療科：歯科・それ以外） <input type="checkbox"/> 入院（診療科：歯科・それ以外） <input type="checkbox"/> 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○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						