

記入上の注意点

この領収証明書は、**長寿（後期高齢者）医療用**です。
1ヶ月単位、入院、外来別、診療科別に記入してください。
食事代、自費分、介護保険自己負担分は対象にならないため記入
しないでください。

領収証明書

《重度心身障害者医療費助成申請用》

長寿（後期高齢者）医療による受診者自己負担金として下記金額を領収
したことを証明します。

(受診者氏名)

(受診月)平成・令和 年 月診療分(科 入院・外来)

①+②+③
円

外 来	①保険診療による自己負担金	円
--------	---------------	---

入 院	②保険診療による自己負担金	円
--------	---------------	---

③保険診療による鍼灸・マッサージ 接骨院の自己負担金	円
-------------------------------	---

令和 年 月 日

(医療機関)

所在地
名称
氏名



記入上の注意点

この領収証明書は、**長寿（後期高齢者）医療用**です。
1ヶ月単位、入院、外来別、診療科別に記入してください。
食事代、自費分、介護保険自己負担分は対象にならないため記入
しないでください。

領収証明書

《重度心身障害者医療費助成申請用》

長寿（後期高齢者）医療による受診者自己負担金として下記金額を領収
したことを証明します。

(受診者氏名)

(受診月)平成・令和 年 月診療分(科 入院・外来)

①+②+③
円

外 来	①保険診療による自己負担金	円
--------	---------------	---

入 院	②保険診療による自己負担金	円
--------	---------------	---

③保険診療による鍼灸・マッサージ 接骨院の自己負担金	円
-------------------------------	---

令和 年 月 日

(医療機関)

所在地
名称
氏名

