様式第７号

一部負担金所要額等証明書

年　月　診療分

被保険者証番号　（　　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 療養の給付を受ける者 | | 氏名 |  | 生年  月日 | 年　　月　　日 |
| 住所 |  | | |
| 療養の給付期間 | 入院　　　　　　　　　年　　月　　日から　　　年　　月　　日まで  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　）日間  入院外　　　　　　　　年　　月　　日から　　　年　　月　　日まで  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　）日間 | | | | |
| 療養の給付所要額 | 費用額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　一部負担金  　　　　　　　　　　　　　　　　　円　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 | | | | |
| 備考 |  | | | | |
| 上記のとおり、証明する。  　　　　　　　年　　　月　　　日    　　　　　保険医療機関　　　住所  　　　　　　　　　　　　　　名称  　　　　　　　　　　　　　　電話　　　（　　　　　）　　　　－ | | | | | |