様式第２号（第６条関係）

|  |
| --- |
| 高額療養費に係る診療報酬証明書（　　月分） |
| 保険診療に係る一部負担金の１　請求金額（保険診療総費用額×0.3） |  |
| ２　入院・入院外の別 | １　入院　　　２　入院外 |
| ３　請求金額に対応する診療期間 | 年　　月　　日から年　　月　　日まで |
|  |  |
| 上記のとおり証明する。年　　月　　日診療機関等の所在地及び名称㊞　　　　　　　　　様 |

※　被保険者証を必ず提示してください。