様式第12号の2(第8条関係)

|  |
| --- |
| 医療費領収証(福祉医療用) |
| 対象者の家族 | 医療証(資格証)受給者番号 | 　 |
| 氏名 | 　 |
| 住所 | 　 |
| (　　月分)診療期日 | 外来(月の最初の診療日) | 　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 入院 | 　　　　　　年　　　　　月　　　　　日から　　　　　　年　　　　　月　　　　　日まで |
| 保険医療対象総点数 | 点 |
| その他の法令による給付額 | 円 |
| 受領額 | 円 |
| 　上記の金額を領収しました。　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　医療機関等名　　　　　　　　　　　　　　　開設者名㊞　　　　　　　　　　様注)　家族の方へ　この領収書を市役所に提出して医療費の償還納付の手続をしてください。 |