様式第11号(第7条関係)

|  |
| --- |
| 医療費領収証(乳幼児等医療用)　　　　 |
| 受診者 | 資格証等記号番号 | 　 |
| 氏名 | 　 |
| 住所 | 　 |
| (　　　月分)診療期間 | 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　　　　　　　　　　㊞　　　　　　　　　様　(注)　医療機関の方へ　　70歳未満の人が1月に2万1,000円以上の自己負担をした場合及び70歳以上75歳未満の人のすべての自己負担について発行してください（ただし、高齢者の医療の確保に関する法律が適用される者を除く）。　　　　　　　　　　　　　なお、70歳以上75歳未満の人については、入院と外来のそれぞれの自己負担額が分かるように発行してください。　　　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給付の手続をしてください。 |