

ひとり親家庭等医療費計算書

受給資格者	フリガナ	アビコ ウナミ						保険種別
	氏名	我孫子 うなみ						（社保等）・国保
	住所	〒270-1192 我孫子市我孫子 1858 番地						
	生年月日	昭和 45 年 4 月 6 日						
受給者番号	1	2	3	4	5	6	7	

令和2年 12月分のひとり親家庭等医療費を次のとおり証明します。

診療科目	医科 ・ 歯科 ・ 調剤 ・ （その他（整骨院））						
通院・調剤分	診療日	総医療点数	保険割合	一部負担金			
	令和2年 12月 3日	500点	7割・8割	1500円			
	年 月 日	点	7割・8割	円			
	年 月 日	点	7割・8割	円			
	年 月 日	点	7割・8割	円			
	年 月 日	点	7割・8割	円			
入院分	年 月 日から	点	7割・8割	円			
	年 月 日まで (日間)	食事回数 円× 回			食事負担額 円		
	年 月 日から	点	7割・8割	円			
	年 月 日まで (日間)	食事回数 円× 回			食事負担額 円		
証明手数料							証明手数料 200円

令和2年 12月 31日

医療機関名 *****

所在地 *****

代表者氏名 ***** 印