保険診療証明書

年　　月　　日

医療機関等　所在地

名　称

氏　名　　㊞

下記の内容について、証明します。

受診者氏名（　　）

保険種類	国保・社保・その他	自己負担割合 1･2･3割	特定疾病療養受領証の有無　有・無

診療年月		保険診療合計点数				他法負担点数	保険内自己負担額（医療保険適用外を含まない額）
年	月	入院日数	入院点数	外来点数	調剤点数		

備考