

子ども医療費  
 ひとり親家庭医療費

# 領収明細書

※ 1か月ごとにご記入ください

氏名		昭和・平成・令和 (生年月日 年 月 日生)
診療期間 年 月 日から 日 まで		実日数 日
保険診療総点数(総金額) 点 円	保険診療自己負担額(食事代除く) 円	
食事負担額 円 ( 円 × 回 )		
診療区分(いづれかに○)  医科 ・ 歯科 ・ 調剤 ・ 訪看 柔整 ・ はり灸 ・ あんまマッサージ	入外区分 入院 外来※	負担割合 1割 2割 3割

※外来については下記内訳についてもご記入願います

(外来内訳)

	診療日	保険診療点数(金額)	保険診療自己負担額
1日目	/	点・(円)	円
2日目	/	点・(円)	円

上記のとおり証明します。

令和 年 月 日

医療機関等の所在地

名称

電話番号

担当者

(提出先 東大阪市 医療助成課)