

妊産婦医療費助成事業受診証明書

下記の者について、妊産婦医療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称

医療機関の所在地

主治医氏名

㊟

受診者	氏名		生年月日	昭和 平成	年	月	日
今回の治療期間		年 月 日 ~		年 月 日			
上記期間中に実施した疾患（妊娠をきっかけに発症及び判明したもの）							
<input type="checkbox"/> 妊娠貧血 <input type="checkbox"/> 切迫早産・流産 <input type="checkbox"/> 産科出血							
診療月	保険診療自己負担分		区分	診療日数	院外処方		
年 月分			入院・外来	日	有・無		
年 月分			入院・外来	日	有・無		
年 月分			入院・外来	日	有・無		
年 月分			入院・外来	日	有・無		
年 月分			入院・外来	日	有・無		
年 月分			入院・外来	日	有・無		
保険診療自己負担分		金		円			
合計金額		領収年月日		年 月 日 ~		年 月 日	

※ 入院時食事療養費・差額ベッド代・文書料等、治療にかかる費用以外は対象外です。