

様式第9号（第15条関係）

ひとり親家庭等医療費計算書

受給資格者	フリガナ						保険種別
	氏名						社保等・国保
	住所	〒					
	生年月日	年 月 日					
受給者番号							

年 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（ ）			
通院・調剤分	診療日	総医療点数	保険割合	一部負担金
	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
	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 円

年 月 日

医療機関名

所在地

代表者氏名

㊞