

(様式第18号)

保険診療の費用に関する証明書

療養者氏名			
組合員との続柄		性別	生年月日
		男・女	
医科区分及び療養期間	入院・歯科 外来・調剤 (該当に○印)		年 月 日～ 年 月 日 (暦月の1月ごととする)
レセプト1件当たりの 保険診療の総費用	円 (A)		
保険診療の薬剤に 係る患者負担	円 (B)		
<p>年 月 日</p> <p>京都府市町村職員共済組合理事長 様</p> <p>高額医療貸付の申し込みに係る療養について、上記のとおり証明します。</p> <p>所在地 医療機関 名 称 ㊟</p>			
※ 高額療養費の額 (共済組合記入)	算定式		

(注) この証明書は、高額医療貸付の対象となる高額療養費算定の基礎となるものですので、レセプト1件ごとに証明してください。