

別紙2《領収書紛失用》

領収書を紛失された場合は、この用紙に受診した医療機関等に証明をもらった上で、領収書の代わりとして、柏市子ども医療費助成金交付申請書（償還払）に添付して申請が可能です。

※医療機関での証明に係る手数料は自己負担となります。

※医療機関の署名、押印が必要です。

※行が足りない場合は必要枚数をコピーしてご使用ください。

※保険診療分のみご記入ください。

受診者名			生年月日	H・R	年	月	日
医療機関名	医療機関または薬局の所在地・名称・取扱者氏名：上記受診者について太枠内の通り証明します。						
	所在地 名称 代表者氏名						
受診月	令和	年	月	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤			
同月内診療日	① 総医療費 (10割)	② 保険負担額 (7割又は8割)	③ 一部負担額a (2割又は3割) (①－②)	③のうち他法公費 負担医療による公 費負担額		一部負担額b (窓口支払額)	
日	円	円	円	円	円	円	円
日	円	円	円	円	円	円	円
日	円	円	円	円	円	円	円
日	円	円	円	円	円	円	円
日	円	円	円	円	円	円	円
日	円	円	円	円	円	円	円
日	円	円	円	円	円	円	円
日	円	円	円	円	円	円	円
日	円	円	円	円	円	円	円
日	円	円	円	円	円	円	円
計	円	円	円	円	円	円	円
入院月	令和	年	月	<input type="checkbox"/> 入院（入院延べ日数 日間） （食事療養費の患者負担金 円）			
同月内入院日	① 総医療費 (10割)	② 保険負担額 (7割又は8割)	③ 一部負担額a (2割又は3割) (①－②)	③のうち他法公費 負担医療による公 費負担額		一部負担額b (窓口支払額)	
始日							
至日	円	円	円	円	円	円	円
始日							
至日	円	円	円	円	円	円	円
始日							
至日	円	円	円	円	円	円	円
始日							
至日	円	円	円	円	円	円	円
計	円	円	円	円	円	円	円

別紙2《領収書紛失用》

記入例 の用紙に受診した医療機関等に証明をもらった上で、領収医療費助成金交付申請書（償還払）に添付して申請が可能です。
 ※医療機関での証明に係る手数料は自己負担となります。
 ※医療機関の署名、押印が必要です。

※行が足りない場合は必要枚数をコピーしてご使用ください。 ※保険診療分のみご記入ください。

受診者名	柏 次郎		生年月日	H・R ○年 ○月 ○○日		
医療機関名	医療機関または薬局の所在地・名称・取扱者氏名：上記受診者について太枠内の通り証明します。					
	所在地	東京都足立区○○ ○-○-○	名称	△△整骨院	代表者氏名	日本 太郎 印
受診月	令和 5年 10月	<input checked="" type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤		領収書の代わりとなるため、医療機関からの押印が必要です。 （証明に係る手数料は自己負担となります。）		
同月内診療日	① 総医療費 (10割)	② 保険負担額 (7割又は8割)	③ 一部負担額a (2割又は3割) (①-②)	負担区原による公費負担額	(窓口支払額)	
○日	10,000円	7,000円	3,000円	円	3,000円	
日	円	円	円	円	円	
日	円	円	円	円	円	
日	円	円	円	円	円	
日	円	円	円	円	円	
日	円	円	円	円	円	
日	円	円	円	円	円	
日	円	円	円	円	円	
日	円	円	円	円	円	
日	円	円	円	円	円	
計	10,000円	7,000円	3,000円	円	3,000円	
入院月	令和 年 月	<input type="checkbox"/> 入院 (入院延べ日数 日間) (食事療養費の患者負担金 円)				
同月内入院日	① 総医療費 (10割)	② 保険負担額 (7割又は8割)	③ 一部負担額a (2割又は3割) (①-②)	③のうち他法公費負担医療による公費負担額	一部負担額b (窓口支払額)	
始 日						
至 日	円	円	円	円	円	
始 日						
至 日	円	円	円	円	円	
始 日						
至 日	円	円	円	円	円	
始 日						
至 日	円	円	円	円	円	
計	円	円	円	円	円	

医療機関等に記入を依頼してください。