（医療機関控）

受 診 証 明 書（ 領 収 書 ）

No.

住　所	京都府南丹市		
患 者 名		保護者名	印
平成　年　月　日 ～ 平成　年　月　日　診 療 分			
受 診 日 数	種　別	保険診療点数	保険診療分の一部負担金
日	入院 ・ 外来	点	円

上記のとおり相違ないことを証明します。

平成　年　月　日

医療機関所在地

名　称　氏　名　印

（注）
・住所、保護者名は各自で記入し、押印してください。
・保険診療外（容器代、差額室代、食事療養費、往診の車代、歯列矯正等）の費用は対象となりません。
・1ヶ月につき、800円を除いた金額を助成します。

キ リ ト リ 線

（受診者用）

受 診 証 明 書（ 領 収 書 ）

No.

住　所	京都府南丹市		
患 者 名		保護者名	印
平成　年　月　日 ～ 平成　年　月　日　診 療 分			
受 診 日 数	種　別	保険診療点数	保険診療分の一部負担金
日	入院 ・ 外来	点	円

上記のとおり相違ないことを証明します。

平成　年　月　日

医療機関所在地

名　称　氏　名　印

（注）
・住所、保護者名は各自で記入し、押印してください。
・保険診療外（容器代、差額室代、食事療養費、往診の車代、歯列矯正等）の費用は対象となりません。
・1ヶ月につき、800円を除いた金額を助成します。