

学生等医療費計算書

年 月 日

所在地

医療機関 名称

代表者氏名

年 月分の学生等医療費を下記のとおり証明します。

学生等氏名								
診療日	区分	医療費 総額	保険者 負担額	一部 負担金	食 事 療 養 費 標 準 負 担 額	③のうち 他法公費 負担医療 による公 費負担額	④のうち 他法公費 負担医療 による公 費負担額	食 事 回 数
		①	②	③	④			
日	入院 通調 院 剤	円	円	円	円	円	円	回
日	入院 通調 院 剤							
日	入院 通調 院 剤							
日	入院 通調 院 剤							
日	入院 通調 院 剤							

※この証明書は、医療機関で記入していただくものです。