

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 ①	保 険 者 負 担 額 ②	一 部 負 担 金 ③	食 事 療 養 費 標 準 負 担 額 ④	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
日	入 院 通 調 剤	円	円	円	円	円	円	回
日	入 院 通 調 剤							
日	入 院 通 調 剤							
日	入 院 通 調 剤							
日	入 院 通 調 剤							

※この証明書は、医療機関で記入していただくものです。