

受 診 証 明 書 (老人・障害・母子・父子)	
受診者 住所・氏名	住所 京都府京丹後市 氏名
受診年月	平成 年 月分 日間
保険別	国民健康保険 ・ 社会保険
保険請求総点数	点(円)
保険外支払額	円
上記のとおり受診したことを証明します。	
平成 年 月 日	
療養取扱機関	(印)

- (注) 1 保険請求総点数は、国民健康保険または社会保険の総点数をご記入ください。
2 この証明書は、老人・障害・母子・父子の償還払い以外には使用できません。

受 診 証 明 書 (老人・障害・母子・父子)	
受診者 住所・氏名	住所 京都府京丹後市 氏名
受診年月	平成 年 月分 日間
保険別	国民健康保険 ・ 社会保険
保険請求総点数	点(円)
保険外支払額	円
上記のとおり受診したことを証明します。	
平成 年 月 日	
療養取扱機関	(印)

- (注) 1 保険請求総点数は、国民健康保険または社会保険の総点数をご記入ください。
2 この証明書は、老人・障害・母子・父子の償還払い以外には使用できません。