様式第2号（第2条関係）

高額療養費に係る診療報酬証明書

（　　月診療分）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受診者氏名 |  | |
| 保険証記号番号 | 産山 | |
| 保険診療に係る  請求金額 | 保険対象医療費 | A  円 |
| 自己負担額（A×　） | B  円 |
| 診療区分 | 1　入院　　2　入院外 | |
| 請求金額に対応  する診療期間 | 年　　　月　　　日から  　　　　年　　　月　　　日まで | |
| 摘要 |  | |

上記のとおり証明する。

3

10

　　　　年　　月　　日

産山村長　　　　　　　　様

所在地

名称氏名　　　　　　　　㊞

診療機関