

重度精神障害者の入院治療に係る保険診療証明書

受給資格者番号 _____

受給資格者氏名 _____

(令和 ・ 平成) _____ 年 _____ 月診療分

入院診療科 _____

入院の主たる疾病名 _____

医療の給付

保険診療合計点数 _____ 点

受給資格者負担金額 _____ 円

(令和 ・ 平成) _____ 年 _____ 月 _____ 日 医療機関 所在地

名称

代表者氏名

⑩

電話 ()