

## 受診証明書（別紙）

| 支払い発生日      | 発行した領収書の<br>患者負担額 | 予防接種健康被害による<br>受診額（患者負担額） | 金額が異なる理由        |
|-------------|-------------------|---------------------------|-----------------|
| 例1) R6.4.19 | 5,800             | 3,000                     | 持病の受診が含まれているため  |
| 例2) R6.5.15 | 79,800            | 59,800                    | 差額ベッド代が含まれているため |
|             |                   |                           |                 |
|             |                   |                           |                 |
|             |                   |                           |                 |
|             |                   |                           |                 |
|             |                   |                           |                 |
|             |                   |                           |                 |
|             |                   |                           |                 |
|             |                   |                           |                 |
|             |                   |                           |                 |
|             |                   |                           |                 |
|             |                   |                           |                 |
|             |                   |                           |                 |
|             |                   |                           |                 |
|             |                   |                           |                 |
|             |                   |                           |                 |
|             |                   |                           |                 |
|             |                   |                           |                 |
| 合計額         |                   | a                         |                 |

※例のとおり、予防接種の健康被害による受診すべてを記載した場合、aと受診証明書の患者負担額は同額になる。

請求者氏名

医療機関名（薬局名）

印