

様式第3号（第5条関係）

保 険 診 療 内 容 証 明 書

被 保 険 者	被保険者証番号		療養者との続柄		
	氏名	男女	住所	電話	
	勤務先	所在地	電話		
療養者氏名	男女	生年月日	年 月 日		

上記療養者に係る診療点数は、次のとおりです。

医 療 機 関 等 で 記 入 す る 欄	疾病名					
	療養期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 日間				
	診療区分	医科（甲・乙）	歯科	調剤	その他	
	保険診療総点数	万	千	百	十	一
		点				
公費対象点数 ※（結核・精神等）	点					
平成 年 月 日						
住所 医療機関等名称 氏名						
社会福祉法人江田島市社会福祉協議会 会長 大津 克彦様						
⑩						

公費対象分（結核・精神等）の適用については、※欄に再掲してください。