

未熟児養育医療給付費証明願

記号番号		保険名	
住 所			
受給者名		男・女	
受給者証 記号番号		生年月日 年 月 日	
診療区分	令和 年 月分 入院	内容	
医療機関		未熟児養育医療費自己負担分	
このことについて下記に証明してください。 年 月 日 申請者氏名			

証 明 書			
医療機関		診療日数	入院 日
未熟児養育医療費自己負担額 (本人負担額)		円	
上記のとおり相違ありません。 年 月 日 福祉課長 印			

支給決定額	¥
-------	---