

[illegible]

(注) 1 この明細書は、医療保険各法に基づく被扶養者、被保険者又は組合員として保険薬局から調剤を受けた場合に使用すること。  
2 ※印は、記入しないこと。  
3 この明細書の用紙は、日本産業規格 A 4 縦型とすること。

|                                                                                                                                                                 |                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                        |          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| <p>【お願い】 上記証明において<b>公費負担医療制度の利用状況</b>について下欄の記入にご協力ください。（*該当する項目に☑をつけてください。）</p>                                                                                 |                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                        |          |
| <p>①記入者*</p> <p><input type="checkbox"/> 保護者</p> <p><input type="checkbox"/> 学校（園）</p> <p><input type="checkbox"/> 設置者</p> <p><input type="checkbox"/> 医療機関</p> | <p>②公費負担医療制度*</p> <p><input type="checkbox"/> 利用なし（記入終了）</p> <p><input type="checkbox"/> 利用あり（右欄記入）</p> | <p><input type="checkbox"/> 乳幼児 <input type="checkbox"/> ひとり親 <input type="checkbox"/> 子どもも医療助成 <input type="checkbox"/> 障害者総合支援法*</p> <p><input type="checkbox"/> その他</p> <p>（利用している制度を記入） { }</p> <p>自己負担額</p> <p>（「利用あり」の場合に記入）</p> | <p>円</p> |