

(様式20)

療養費徴収証明書

次の者については、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第42条の規定に基づく治療を実施し、これに係る医療費を次のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の所在地

名 称

代表者名

印

患者氏名		性別	男 女	生年 月日	明・大 昭・平	年 月 日
患者住所						
事前に申請できなかった緊急その他やむを得ない理由						
診断名						
治療期間	年 月 日	～	年 月 日			
具体的な治療内容						
薬剤 ()						
治療材料 ()						
医学的処置 ()						
手術及びその他の治療 ()						
主治医名 _____						

領収年月日	年 月 日	領収金額	円
-------	-------	------	---