

肝炎医療費証明書

(インターフェロン治療・インターフェロンフリー治療・核酸アナログ製剤治療)

受給者番号				受給者氏名		
診療年月	区分	診療日数	診療・介護報酬、調剤点数	自己負担割合	月額自己負担額	備考
年 月	入院 外来 調剤	日	点	1割 2割 3割	円	
年 月	入院 外来 調剤	日	点	1割 2割 3割	円	
上記のとおり証明します。						
年 月 日						
〒 所在地 名 称 代表者						
印						
備 考						