

未熟児養育医療給付費証明願

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

支給決定額	¥
-------	---