

(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。

|                                                                  |                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |   |
|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|---|
| 【お願い】上記証明において公費負担医療制度の利用状況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。） |                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |   |
| ①記入者＊<br>□ 保護者<br>□ 学校（園）<br>□ 設置者<br>□ 医療機関                     | ②公費負担医療制度＊<br><br>□ 利用なし（記入終了）<br><br>□ 利用あり（右欄記入） | <input type="checkbox"/> 乳幼児 <input type="checkbox"/> ひとり親 <input type="checkbox"/> 子ども医療助成 <input type="checkbox"/> 障害者総合支援法＊<br><input type="checkbox"/> その他<br>（利用している制度を記入）〔                      〕<br><div style="text-align: center;">自己負担額<br/>（「利用あり」の場合に記入）</div> |  |  | 円 |