

医療費等集計表(医療機関等: _____)

- ・領収書を提出する場合は、医療機関等ごと・医療等を受けた人ごとに本紙に集計して提出願います。
- ・医療と介護の両方の領収書を提出する場合は、医療費と介護費用は別々に集計してください。
- ・本紙が複数枚必要な時は、本紙をコピー願います。

(単位:円)

| No | 支払年月日 | 医療費等 | 保険者からの補てん額 | 医療等を受けた人 |
|-------|-------|--------|------------|----------|
| (記入例) | 4.1 | 94,000 | | 父 |
| | 4.22 | 2,600 | | |
| | 5.13 | 3,200 | | |
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |
| 21 | | | | |
| 22 | | | | |
| 23 | | | | |
| 24 | | | | |
| 計 | | | | |

申請者 学籍番号()
氏名()