

様式第3号（第9条関係）

一部負担金所要見込額証明書

被保険者証 記号・番号			療養の給付を 受ける者の氏名 および生年月日	年 月 日生			
傷病名 及び 症 状							
療養給付 予定期間	年 月 日から 年 月 日まで 月間						
一部負担金 所要見込額 (円)	合 計	月	月	月	月	月	月
備 考							
<p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">保険医療機関等</p> <p style="text-align: center;">所 在 地 名 称 代表者名</p> <p style="text-align: center;">電 話 ()</p> <p style="text-align: right;">⑩</p>							