

(様式第8号)

診 療 証 明 書

1 患 者 名	
2 病 名	
3 診 療 年 月	
4 診 療 日 数	
5 入院・通院の別	
6 医 療 費 総 額	円
7 自 己 負 担 額	円

上記のとおり診療したことを証明する。

年 月 日

(治療医療機関・薬局名)

所 在 地

名 称

代表者氏名

印

電 話 番 号 (      -      -      )

鳥取県 総合事務所長  
鳥取市保健所 様

(記入上の留意事項)

1. 「6 医療費総額」の欄に記入する額は、鳥取県肝炎治療特別促進事業実施要綱の第3対象医療に該当するものに限る。
2. 複数月分を1枚に記述する場合は、各月の診療日数、医療費総額及び自己負担額が分かるようにしてください。
3. 薬局の保険調剤については、処方箋の写しも依頼者に渡してください。