

ゴム印使用

2010.11 作成

保険外医療費証明書

記 申 入 込 欄 者	氏 個 人 コ ー ド		学 校 名 校 校 コ ー ド	
	受診者の氏名	互 助 花 子	続 柄	子

医療機関の証明欄

要する金額	¥ 1 3 5 0 0 0 0	円
-------	-----------------	---

請
求
書
添
付
欄

保険外医療の
受診者の氏名

互 助 花 子

事由

歯列矯正のため

治療期間 2023 年 4 月 10 日～ 2024 年 2 月 28 日

支払期日 2023 年 4 月 30 日

上記のとおり証明いたします。

所在地

京都市左京区聖護院川原町〇

医療機関名

互助デンタルクリニック

電話番号

075 (〇〇〇) 〇〇〇〇



※保険外医療費としてかかる金額をご記入ください。

▼貸付日にすでに支払を完了しているものは貸付対象となりません。
▼学校コード及び個人コード印を使用してください。
▼証明書の内容を満たす請求書がある場合は請求書を添付してもかまいません。