

領収証明書

[氏名] _____

[生年月日] 昭和・平成・令和 年 月 日 _____

[診療月] _____ 年 月 ~ _____ 年 月 _____

[領収金額] _____ 円 _____

[内訳] 診療月又は診療科が複数ある場合は、下記に記入してください。

診療年月	保険点数	一部負担金 (保険適用分)	保険外	診療科	入院・外来の別	日数	備考
年 月					入院・外来		
年 月					入院・外来		
年 月					入院・外来		
年 月					入院・外来		
年 月					入院・外来		
年 月					入院・外来		
年 月					入院・外来		
年 月					入院・外来		
年 月					入院・外来		
年 月					入院・外来		
年 月					入院・外来		
年 月					入院・外来		
	合計						

上記のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

[保険医療機関・薬局]

所在地

名称

印

電話番号