

領 収 書

年 月 日

(患者氏名)

様

¥

上記正に領収いたしました。

但 年 月 日 診療分

内訳

保険合計点数	円
保険自己負担額	円
保険外金額	円

(医療機関)

所在地

名 称

印

※医療機関の方へ この領収書は医療費助成に使用しますので、患者氏名、保険合計点数、保険自己負担額を必ずご記入ください。金額、点数は1カ月分を合算したものでかまいません。

領 収 書

年 月 日

(患者氏名)

様

¥

上記正に領収いたしました。

但 年 月 日 診療分

内訳

保険合計点数	円
保険自己負担額	円
保険外金額	円

(医療機関)

所在地

名 称

印

※医療機関の方へ この領収書は医療費助成に使用しますので、患者氏名、保険合計点数、保険自己負担額を必ずご記入ください。金額、点数は1カ月分を合算したものでかまいません。

領 収 書

年 月 日

(患者氏名)

様

¥

上記正に領収いたしました。

但 年 月 日 診療分

内訳

保険合計点数	円
保険自己負担額	円
保険外金額	円

(医療機関)

所在地

名 称

印

※医療機関の方へ この領収書は医療費助成に使用しますので、患者氏名、保険合計点数、保険自己負担額を必ずご記入ください。金額、点数は1カ月分を合算したものでかまいません。

領 収 書

年 月 日

(患者氏名)

様

¥

上記正に領収いたしました。

但 年 月 日 診療分

内訳

保険合計点数	円
保険自己負担額	円
保険外金額	円

(医療機関)

所在地

名 称

印

※医療機関の方へ この領収書は医療費助成に使用しますので、患者氏名、保険合計点数、保険自己負担額を必ずご記入ください。金額、点数は1カ月分を合算したものでかまいません。