

証明書

令和 年 月 日

医療機関等の所在地・名称

開設者氏名

印

電話番号

下記のとおり保険診療し、一部負担金を領収したことを証明します。

受診者名

様

診療日 入院 年 月 日～ 年 月 日 (日間)

外来 年 月 日、 、 、 日 (日間)

	請求点数	領収金額
保 険		
公費① (法別)		
公費② (法別)		

領収金額内訳(外来のみ再掲)

1日目 円

2日目 円