領収証明書

年　　月　　日

医療機関等 所　在　地
名　　称
代表者名　　㊞

下記の内容について証明します

受診者氏名			
保険種類	国保・社保・その他	特定疾病療養受領証	有・無

区分(入院・外来・調剤)	診療科	診療年月日	保険診療合計点数	自己負担割合	他法負担点数	保険内自己負担額
		年　月　日～　月　日				
		年　月　日～　月　日				
		年　月　日～　月　日				
		年　月　日～　月　日				
		年　月　日～　月　日				
		年　月　日～　月　日				
		年　月　日～　月　日				
		年　月　日～　月　日				
		年　月　日～　月　日				
		年　月　日～　月　日				
		年　月　日～　月　日				
		年　月　日～　月　日				
		年　月　日～　月　日				
		年　月　日～　月　日				
		年　月　日～　月　日				
		年　月　日～　月　日				
		年　月　日～　月　日				
		年　月　日～　月　日				
		年　月　日～　月　日				
		年　月　日～　月　日				
備考						