

# 医療費領収証明書

入院 (平成 年 月 日～ 日診療分 実日数 日)

入院外 (平成 年 月 日～ 日診療分 実日数 日)

患者氏名						
健康保険適用分の本人支払額  ※差額室料、健康診断、容器代等の自費分及び 入院中の食費(本人負担分)は含みません。	診療点数					点
		十	万	千	百	十

上記の通り領収したことを証明します。

平成 年 月 日

(医療機関) 所在地

名称

氏名

印

\* 医療機関の印のないものや領収金額を訂正したものは無効となります。