

医療保険診療分 領収証明書

(医療費払戻請求用)

公費負担者番号	9	1	3	4	0	0	2	6
公費負担医療の 受給者番号								
氏名								
生年月日	大正・昭和		年		月		日	
	平成・令和							

診療年月	診療区分	入院区分	診療日数	保険診療点数										保険診療領収金額 (食事代を除く)				入院期間	領収日		
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	円	角	分	厘				
平成・令和 年 月	医科・歯科 調剤・その他	入院 入院外	日																	／ ～ ／ ／ ～ ／	・ ・

上記のとおり医療保険診療分の領収済額を証明します。

令和 年 月 日

医療機関 所在地

名称

氏名

