

医療費点数等証明書

領収書に受診者名、月単位の入院期間及び医療保険点数等の記載がなされていないときにご使用
ください。

(受診者名) _____ 様

受診期間(月ごと)	入・外 院・来	医療保険点数	負担割合	医療費領収金額 (保険診療自己負担額)	医療機関名
年 月 日 ~ 日 (日間)	入・外	点	割	円	印
年 月 日 ~ 日 (日間)	入・外	点	割	円	印
年 月 日 ~ 日 (日間)	入・外	点	割	円	印
年 月 日 ~ 日 (日間)	入・外	点	割	円	印
年 月 日 ~ 日 (日間)	入・外	点	割	円	印
年 月 日 ~ 日 (日間)	入・外	点	割	円	印
年 月 日 ~ 日 (日間)	入・外	点	割	円	印
年 月 日 ~ 日 (日間)	入・外	点	割	円	印
年 月 日 ~ 日 (日間)	入・外	点	割	円	印
年 月 日 ~ 日 (日間)	入・外	点	割	円	印
年 月 日 ~ 日 (日間)	入・外	点	割	円	印
年 月 日 ~ 日 (日間)	入・外	点	割	円	印
年 月 日 ~ 日 (日間)	入・外	点	割	円	印
年 月 日 ~ 日 (日間)	入・外	点	割	円	印
年 月 日 ~ 日 (日間)	入・外	点	割	円	印
年 月 日 ~ 日 (日間)	入・外	点	割	円	印
年 月 日 ~ 日 (日間)	入・外	点	割	円	印
年 月 日 ~ 日 (日間)	入・外	点	割	円	印
年 月 日 ~ 日 (日間)	入・外	点	割	円	印

※ 医療機関の証明印のないものは無効です。