

支 払 済 証 明 書

領収金額 一金 円也

内訳明細

| | | | | | | |
|---------|-----|-------|---------|-----------|---------|---------|
| 患 者 名 | | | | | | 年 月 日 生 |
| 傷 病 名 | | | | | | 開 始 |
| | | | | | | ・ ・ ・ |
| | | | | | | ・ ・ ・ |
| 診 療 期 間 | | 区 分 | 自 | 至 | 実 日 数 | |
| 診 療 期 間 | 入 院 | | ・ ・ ・ | ・ ・ ・ | | |
| | 外 来 | | ・ ・ ・ | ・ ・ ・ | | |
| 診 療 点 数 | 区 分 | 総 点 数 | 他 法 負 担 | 保 険 者 負 担 | 一 部 負 担 | |
| | 入 院 | | | | | |
| | 外 来 | | | | | |
| | 計 | | | | | |

上記のとおり診療し、一部負担金を領収したことを証明します。

年 月 日

指定医療機関 所在地
 名 称
 氏 名

長沼町長 様