

(春日市国民健康保険療養費兼高額療養費等申請用)

領収証明書

[氏名] _____

[生年月日] 昭和・平成・令和 年 月 日

[診療月] 年 月 ~ 年 月

[領収金額] _____ 円

[内訳] 診療月又は診療科が複数ある場合は、下記に記入してください。

診療年月	保険点数	保険適用分		保険外 (自費)	診療科	入院・外来の別	日数
		一部負担金	食事・生活療養費				
年 月						入院・外来	
年 月						入院・外来	
年 月						入院・外来	
年 月						入院・外来	
年 月						入院・外来	
年 月						入院・外来	
年 月						入院・外来	
年 月						入院・外来	
年 月						入院・外来	
年 月						入院・外来	
年 月						入院・外来	
年 月						入院・外来	
年 月						入院・外来	
	合計						

上記のとおり領収したことを証明します。

令和 年 月 日

[保険医療機関・薬局]

所在地

名称

印

電話番号