## 受診証明書(領収書)

Ν	O	
---	---	--

住 所	京都	<b>邓府南</b> 兒	予市									
患者名						保護者	名					印
平成	年	月	日	~	平成	年	月	日	診	療	分	
受診日数	t	種	別	J	保	険診療点	i数	保険診	疹療分の	一剖	<b>『負</b> 打	坦金
日		入院	• 外	·来			点					円
上記のとおり相違ないことを証明します。												
平原	芃	年	月	日								
	医療	幾関所で	玍地								_	
;	名 和	陈 氏	名								印	

- (注) ・住所、保護者名は各自で記入し、押印してください。
  - ・保険診療外(容器代、差額室代、食事療養費、往診の車代、歯列矯正等) の費用は対象となりません。
  - ・1ヶ月につき、800円を除いた金額を助成します。

(受診者用)

印

## 受診証明書(領収書)

No

文 IP 叫 为 自 \ 限 1X 自 / · · · · · · · · · · · · · · · · · ·												
住 所	京都	<b>邓府南</b> 丹	市									
患者名						保護和	<b>省</b> 名					印
平成	年	月	日	~	平成	年	月	日	診	療	分	
受診日数	種 別		保	保険診療点数			療分の	一剖	ß負±	旦金		
日		入院	• 外	·来			点					円
上記のとお	おり相	違ない	ことを	証明	します	0						
平月	戈	年	月	日								
	医療	機関所で	生地									

(注)・住所、保護者名は各自で記入し、押印してください。

名 称 氏 名

- ・保険診療外(容器代、差額室代、食事療養費、往診の車代、歯列矯正等) の費用は対象となりません。
- ・1ヶ月につき、800円を除いた金額を助成します。