

領 収 書

※ 本人・家族		※ 外来・入院	
平成 年 月分		組合員証記号番号	
氏 名	男・女	診療開始日	平成 年 月 日
	昭・平 年 月 日生	診療実日数	日
科 目	総 点 数	金 額	備 考
初診科・再診料	点		
往 診 料			
投 薬 料			
注 射 料			
処理及び手術麻酔料			
X 線 料			
合 計			
公 費 負 担 額			
差 引 合 計 額			
本 人 負 担 額			

上記金額を受領しました。

平成 年 月 日

診療機関 所在地

名 称

医師の氏名

㊦

総医療費合計	点
公費負担額	点

備考 ※印欄は該当箇所を○で囲んでください。