

(療養給付金請求用)

## 領 収 書

※ 本人・家族		※ 外来・入院	
年 月分		組合員証記号番号	
氏名	男・女	診 療 開 始 日	
	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	円	
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。

年 月 日

総医療費合計	点
公費負担額	点

診療機関 所在地

名 称

医師の氏名

印

備考 ※印欄は該当箇所を○で囲んでください。