

No. _____

(発行日) _____ 年 _____ 月 _____ 日

領 収 証

様

保 険	初・再診料	医学管理等	在宅医療	検 査	画 像 診 断
	点	点	点	点	点
	投薬(処方せん含む)	注 射	リハビリテーション	処 置	手 術
	点	点	点	点	点
	麻 酔	精神科専門療法			合 計 点 数
点	点	点		点	

※「保険」の点数は1点=10円

保 険 外	保険外併用療養費	そ の 他
	円	円
	(内訳)	(内訳)

	保 険	保 険 外
負担割合	割	
負 担 額	円	円
領 収 額 合 計	円	

(医療
機関名)

領収印