

受 診 証 明 書

年 月 日

受診者 様

年 月分医療費

保険内自己負担額 円（うち薬剤一部負担金 円）

入 院	年 月 日 ～ 年 月 日（入院日数 日）			
外 来	年 月 日 ～ 年 月 日（受診回数 回）			
保険受診点数	点		結核精神各法等点数	点

上記のとおり証明します。

所在地

医療機関等 名 称

氏 名

※ 証明書は、1月単位で作成し、月末又は翌月の診療の際に受診者へお渡してください。

※ 領収書により上記の証明内容が確認できる箇所については、不要とします。