

# 支払済証明書

受診者氏名 \_\_\_\_\_

受診月 令和 年 月

## 入院

入院期間	保険点数	一部負担金額 (食事代を除く)	支払済額	備考
自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日				
自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日				
自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日				

## 外来

受診日	保険点数	一部負担金額	支払済額	備考
令和 年 月 日				
令和 年 月 日				
令和 年 月 日				
令和 年 月 日				
令和 年 月 日				
令和 年 月 日				
令和 年 月 日				
令和 年 月 日				
令和 年 月 日				

上記のとおり証明します。

令和 年 月 日

医療機関等名

印