

# 証 明 書

添付の当方発行の領収書(健保適用分)に関して、下記の内容であることを証明いたします。

年 月分		
患者氏名		
健康保険証	記号	番号

通院日	種 別	保険点数	一部負担金
日	外 来 ・ 薬 剤	点	円
日	外 来 ・ 薬 剤	点	円
日	外 来 ・ 薬 剤	点	円
日	外 来 ・ 薬 剤	点	円
日	外 来 ・ 薬 剤	点	円
日	外 来 ・ 薬 剤	点	円
日	外 来 ・ 薬 剤	点	円
日	外 来 ・ 薬 剤	点	円
日	外 来 ・ 薬 剤	点	円
日	外 来 ・ 薬 剤	点	円
	合 計		円

年 月 日

住 所

医療機関(施術所)名

電話番号

代表者名

印

本証明書は、当共済会の医療費給付(健康保険適用分のみ)のために必要とするもので、他の用途には一切使用いたしません。

ご面倒ですが1ヵ月分をまとめて記載をお願いいたします。

京都民医連共済会連絡会

京都市右京区西院下花田町21-3春日ビル4階

TEL 075-312-7900 FAX 312-7907

領収書貼付欄

※この欄からはみ出る場合は裏面に貼付