領　収　証　明　一　覧　表

第７号様式（その１）

（第３者行為分・後期高齢者医療費制度被保険者分を除く）

市町コード	助成種別	受給資格証番号	氏　名	性別	生年月日	診療年月	一部負担割合	入院	入院日数	保険請求点数	※一部負担額	公費・長区分	公費請求点数(額)	公費・長一部負担額	入院時食事療養費				処方せん発行区分	備考
															保険請求分	標準負担分	公費請求分	公費標準負担分		

※一部負担額欄は、高額療養費が現物給付されたもののみレセプトの一部負担金額を記入してください

保険診療による一部負担金を上記のとおり領収しました。

平成　　年　　月　　日

医療機関等	医療機関コード	
	所 在 地	〒　　－
	名　　称	
	開設者氏名	㊞
	電話番号	－　　－