

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費保険者分を除く)

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	入院 日数	保険請求点数	※一部負担額 円	公費・長 区区分	公費請求 点数(額)	公費・長 一部負担額 円	入院時食事療養費		公費標準 負担分 円	備考	
															保険請求分 円	標準負担分 円			
012	1		三重 7	1	3591010	42603	3	1	17	33,498	80,780				33,490	13,260			
012	1	111	三重 1	1	3591010	42603	3	1	2	4,032					3,940	1,560			
012	1	111	三重 1	1	3591010	42603	3			391									
012	1	111	三重 6	1	3591010	42603	3			161,370	93,567							1	

※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26年 4月14日

医療機関コード **2410012345**

〒123-4567
東京都文京区本駒込 9-9-9

医療機関等
所在地 医療法人 オルカ医院

開設者氏名 開設オルカ
電話番号 1111111111