

## 領収証明書発行申込書

1通あたり「2,200円（税込）」であることを了承し、以下の内容の領収証明書発行を申し込みます。

ふ り が な  
申込者氏名 \_\_\_\_\_（続柄 \_\_\_\_\_）

ふ り が な  
患者氏名 \_\_\_\_\_ 申込者と同じ

I D 番 号  
( 診 察 券 番 号 ) \_\_\_\_\_

生 年 月 日  
大正・昭和 \_\_\_\_\_  
平成・令和 \_\_\_\_\_ 年 月 日

必 要 部 数 \_\_\_\_\_ 通

入院・外来区分  
入院分 ・ 外来分 ・ 入院と外来分  
※入院と外来分は別々に出るのではなく合算で証明します。

診 療 科 \_\_\_\_\_ 科

証 明 期 間  
・平成 \_\_\_\_\_ 年 月 ~ ・平成 \_\_\_\_\_ 年 月  
・令和 \_\_\_\_\_ 年 月 ~ ・令和 \_\_\_\_\_ 年 月

使 用 目 的  
医療費返還請求 税金控除（医療費控除）  
その他（ \_\_\_\_\_ ）

受 取 方 法  
 窓口  郵送  
※郵送で申し込みの場合は、「2,200円（税込）」×必要部数の金額を現金書留により送付。なお、切手を貼った返信用の封筒に送付先を記載し、現金書留封筒に同封すること。

連 絡 先 \_\_\_\_\_  
※市外局番から記載してください。

以下 病院側記載欄

上記診療科で下記の金額の請求書を作成願います。

コード	金額	通数
92005	2,200円（税込）	通

割印押印箇所

