

領収証明書発行申込書

1通あたり「3,300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 _____ 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 _____ 年 月 ～ _____ 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、「3,300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	3,300円（税込）	通

割印押印箇所