

<点数明細付き領収書サンプル>

領 収 書						
患者番号		氏名			請求期間	
061218		健康 歯太郎様			令和xx年9月15日分	
受診科	入・外	領収書No.	発行日	負担割合	本・家	区分
歯科	外来		令和××年9月15日分	3割	本人	
保 険	初・再診料	入院料等	医学管理等	在宅医療	検査	画像診断
	234 点				200 点	
	注射	リハビリテーション	処置	手術	麻酔	放射線治療
						歯冠修復及び欠損補綴
	歯科矯正	病理診断	食事療養	生活療養		
保 険 外 負 担	自費	雑貨			保険	保険(食事・生活) 保険外負担
					合計	434 点
	評価療・・選定療・・				負担額	1,300円
	(内訳)	(内訳)			領収額合計	1,300円

※課税控除明細書となりますので、大切に保管してください。再発行はいたしません。

〒236-0004 横浜市金沢区福浦3-10
日発歯科クリニック
 電話:045-786-7539

領収印
日 発

必要な記載事項