

領 収 書

患者番号	氏名	請求期間
0614859	健康 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xx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	投薬
	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



必要な
記載事項