

(バーコード)

納入通知書兼領収証

(/)

会計番号

発行日 年 月 日

患者番号	氏名	入外区分	診療科	病棟病室
	様			
保険種別	本人・家族	患者負担割合	診療期間	
			年 月 日 ~	年 月 日

年 月 日

保険分	初診料	再診料	医学管理料	在宅医療	投薬料	注射料	処置料	手術料	麻酔料
	検査料	画像診断料	放射線料	処方せん料	リハビリ料	精神科専門療法料	病理診断	診断群分類(DPC)	入院料
	歯冠修復・欠損補綴	歯科矯正	小計 ④	自己負担金①	一部負担金②	食事療養費	食事療養費負担金③	負担金計①~③	
			④×負担割合						

保険外分	保険外併用療養費	文書料	室料差額	付添寝具料	医療材料費	健診・人間ドック	予防接種	その他	保険外分計④

※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

- 領収印ないものは無効です。
- 領収証は、確定申告等の証明又は高額療養費の支給を受ける場合に必要ですので、大切に保管してください。
- 領収証の再発行はいたしません。証明書が必要な方には有料で発行いたします。
- お支払後に料金の追加が生じることがありますので、ご了承願います。
- ご不明な点は、医事課（電話：0766-82-8124）へお問い合わせください。

振込先

※受診された方のお名前で振り込みをお願いします

〒934-0053
 富山県射水市朴木 20 番地
 射水市市民病院
 射水市長 夏野元志



① ~ ④
 患者負担額
 (内消費税額)

上記金額を領収しました。

領収印

射水市民病院

(裏面)
広告面

枠 1

枠 2

枠 3

枠 4