別記様式２

肝炎検査費用証明書

受診者 氏　名	

生年月日					年			月			日 生

受診日					年			月			日

医療費内訳

項　　目	総医療費（診療報酬点数×10）	受診者自己負担額
初　再　診　料	円	
医 学 管 理 料	円	
検　　査　　料	円	
画 像 診 断 料	円	
そ　の　他	円	自己負担割合　　割
合　　計	円	円

※ 診療明細書を添付してください。

上記金額を領収済であることを証明します。

年　　月　　日

医療機関所在地

医 療 機 関 名 称

開 設 者 氏 名　　印