

領 収 書

(身体障害者、知的障害者及び精神障害者医療費)

療養者氏名		診療月	年 月分
領収金額	一金 円	保険医療 対象総点数	点

これは、保険医療で認められた医療費の本人一部負担金である。

年 月 日

医療機関の所在地及び名称  
開設者氏名

---

(注)

- 1 この領収書は、身体障害者、知的障害者及び精神障害者医療費助成申請書の添付書類です。
- 2 保険医療で認められていないベッドの差額料金等は含まれませんのでご注意ください。
- 3 収入印紙は不要です。