

領 収 証

アスクルデンタルクリニック

〒135-0061 東京都江東区豊洲3-2-3
 豊洲キュービックガーデン
 TEL 00-0000-0000 FAX 00-0000-0000

氏 名

患者様番号

請求期間（入院の場合）

様

年 月 日 ~ 年 月 日

受診科	入・外	領収証No.	発行日	費用区分	負担割合	本・家	区 分
			年 月 日		%		

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
	点	点	点	点	点	点
	投 薬	注 射			手 術	麻 酔
	点	点	点	点	点	点
	放射線治療	歯冠修復及び欠損補綴	歯科矯正	食事療養		
	点	点	点	点	円	

保 険 外 負 担	選定療養等	その他
	(内訳)	(内訳)

	保 険	保険（食事）	保険外負担
合 計	円	円	円
負担額	円	円	円
領収額合計	円		