

治療代本人負担証明書

氏 名 _____

金 額 ¥ _____

支払年月日 平成・令和 年 月 日

(証明年月日)

令和 年 月 日

上記のとおり相違ないことを証明します。

医療機関名称 _____

医療機関所在地 _____

代表者証明印 _____ (印)