

支払証明書 (外来)

証明期間 令和 7 年 4 月 2 2 日 ~ 令和 7 年 4 月 2 2 日 作成日 令和 7 年 4 月 2 2 日  
実日数 1 日

氏名 テスト カンジャサマ 様

患者番号 00009

診療月	保険点数	保険分負担額	自費分負担額	支払金額	備 考
4 月	394 <sup>点</sup>	1,190 <sup>円</sup>		1,190 <sup>円</sup>	

合計	394 <sup>点</sup>	1,190 <sup>円</sup>	円	1,190 <sup>円</sup>
----	------------------	--------------------	---	--------------------

上記の金額を確かに受け取りました。

東京都文京区本駒込 2 - 2 8 - 1 6  
医療法人 オルカ医院  
電話 03-3946-0001

