令和　＿＿＿　年　受診記録　No.　＿＿

受診日	医療機関 一覧番号	受診理由	支払金額	(保険等) 補填金額	備考
／					
／					
／					
／					
／					
／					
／					
／					
／					
／					
／					
／					
／					
／					
／					
／					
／					
／					
／					
／					
／					
／					

医療機関一覧

番号	名称	住所	連絡先	担当
1				
2				
3				
4				
5				
6				