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				