

受診者	松山 太郎	受給者番号	0077777	月額自己負担上限額	5,000円
-----	-------	-------	---------	-----------	--------

日付	医療機関名	確認印
4月14日	松山市薬局	印

日付	医療機関名	確認印
5月16日	松山市クリニック	㊟

日付	医療機関名	確認印
月 日		

日付	医療機関名	確認印
月 日		

日付	医療機関名	確認印
月 日		

日付	医療機関名	確認印
月 日		

[illegible]