

氏名 サカムラ ヨシト
坂村 義斗

診療費明細書

発行日 令和 6 年 1 2 月 1 8 日

1 頁

患者番号 00303561

診療日 令和 6 年 12 月 18 日

保險種類 自費

負担割合 10割

神奈川県平塚市四之宮5-20-4

メモリーケアクリニック湘南

電話 0463-51-1102

[illegible]

※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。