

矢野 大輔 様

39

令和7年11月分 医療・介護費 領収書

発行日：令和7年11月26日

請求書No. 0000017823

患者番号 39

ヤノ ダイスケ

患者氏名 矢野 大輔

様

下記の通り医療費及び介護費を領収いたしました

ご請求金額 8,250 円

領収金額 8,250 円

越谷市蒲生寿町18-33

MITビル1F

ミントクリニック越谷

TEL 048-961-8692

FAX 048-961-8693



医療費明細

負担割合

受診科	内科		保険				入・外	外来	本・家
保 険	初診料	再診料	医学管理料	在宅医療	投薬	処置			手術
	注射	麻酔	検査	病理	画像	リハビリ			精神
	放射線	その他							

保険外項目	点数	点
	医療費負担額	0円
	保険外負担額	円
	合計	8,250円

介護費明細

居宅サービス計画作成事業者

負担割合

保 険	明細	総単位数	回数	単価	負担額
保険外項目	介護費負担額	0円			
	保険外負担額	0円			
	合計	0円			

※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。

矢野 大輔 様

39

令和7年11月分 医療・介護費 請求書

発行日：令和7年11月26日

請求書No. 0000017823

患者番号 39

患者氏名 ヤノ ダイスケ

矢野 大輔

様

下記の通り医療費及び介護費をご請求申し上げます

ご請求金額 8,250 円

領収金額

0 円

越谷市蒲生寿町18-33

MITビル1F

ミントクリニック越谷

TEL 048-961-8692

FAX 048-961-8693



医療費明細

負担割合

受診科	内科	保険		入・外	外来	本・家
-----	----	----	--	-----	----	-----

保 険	初診料	再診料	医学管理料	在宅医療	投薬	処置	手術
	注射	麻酔	検査	病理	画像	リハビリ	精神
	放射線	その他					

保険外 項目	点数	点
	医療費負担額	0円
	保険外負担額	円
	合計	8,250円

介護費明細 居宅サービス計画作成事業者

負担割合

明 細	総単位数	回数	単価	負担額
保 険	—			

保険外 項目	介護費負担額	0円
	保険外負担額	0円
	合計	0円

※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。