

## 20●●年 ●月 負担軽減費 明細

被験者識別コード	カルテID 患者氏名	来院毎の お支払 費用	来院日	来院回数	金額
	様			回	
	様			回	
	様			回	
	様			回	
	様			回	
	様			回	
	様			回	
	様			回	
	様			回	
	様			回	
	様			回	
	様			回	
	様			回	
	様			回	
	様			回	
	様			回	
	様			回	
	様			回	
<b>合 計</b>					<b>¥0</b>

※交通費の実費請求を伴う場合、領収書等の明細を添付すること

報告者: \_\_\_\_\_

