

1 枚目

① 病 院 控

お 預 り 書



患者様氏名 殿 ID No. _____

お預り金		,		,			円也
------	--	---	--	---	--	--	----

上記金額は外来預り金として受け取りました。

受領年月日 平成 年 月 日

受領者氏名 (印)

エヌプリ病院 〒567-0031 大阪府茨木市舟木町 19-13
TEL.072-634-7666 FAX.072-635-1812

2枚目

②患者様控

+

お預り書

患者様氏名 殿 ID No.

お預り金		,			,			円也
------	--	---	--	--	---	--	--	----

上記金額は外来預り金として受け取りました。

受領年月日 平成 年 月 日

受領者氏名 印

精算時持参していただくもの

本状・保険証・診察券
(保険証はすでに提示してもらってる方は不要です)

※精算は必ず2週間以内をお願いします。
(それ以降は精算できない場合があります。)

エヌプリ病院

〒567-0031 大阪府茨木市舟木町 19-13
TEL.072-634-7666 FAX.072-635-1812