輸血用生血液受領証明書

輸血を受けた 被保険者の氏名		
輸血年月日	輸血量	
年　月　日	c.c.	
年　月　日	c.c.	
年　月　日	c.c.	
年　月　日	c.c.	
年　月　日	c.c.	左記のとおり生血液を受領致しました。
年　月　日	c.c.	
年　月　日	c.c.	患　者
年　月　日	c.c.	住　　所
年　月　日	c.c.	
年　月　日	c.c.	氏　　名
年　月　日	c.c.	
年　月　日	c.c.	
年　月　日	c.c.	左記のとおり生血液を上記の患者に輸血致しました。
年　月　日	c.c.	
年　月　日	c.c.	医療機関名
年　月　日	c.c.	所　在　地
年　月　日	c.c.	
年　月　日	c.c.	名　　称
年　月　日	c.c.	
年　月　日	c.c.	電 話 番 号
年　月　日	c.c.	医 師 氏 名
年　月　日	c.c.	
年　月　日	c.c.	
年　月　日	c.c.	
年　月　日	c.c.	
年　月　日	c.c.	令　和　　年　　月　　日
年　月　日	c.c.	
年　月　日	c.c.	東京都後期高齢者医療広域連合長　　殿
年　月　日	c.c.	
年　月　日	c.c.	
合　　計	c.c.	