

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.	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.	
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.	
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.	
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.	
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.	

左記のとおり生血液を受領致しました。

患 者
住 所

氏 名

左記のとおり生血液を上記の患者に輸血致しました。

医療機関名
所 在 地

名 称

電 話 番 号

医 師 氏 名

令和 年 月 日

東京都後期高齢者医療広域連合長 殿