

別紙

医療を受けた日数

	年 月分	年 月分	年 月分	年 月分	年 月分	年 月分
入院外 診療実日数	日	日	日	日	日	日
入院日数	日	日	日	日	日	日

	年 月分	年 月分	年 月分	年 月分	年 月分	年 月分
入院外 診療実日数	日	日	日	日	日	日
入院日数	日	日	日	日	日	日

	年 月分	年 月分	年 月分	年 月分	年 月分	年 月分
入院外 診療実日数	日	日	日	日	日	日
入院日数	日	日	日	日	日	日

	年 月分	年 月分	年 月分	年 月分	年 月分	年 月分
入院外 診療実日数	日	日	日	日	日	日
入院日数	日	日	日	日	日	日

請 求 者 氏 名 _____

医療機関名（薬局名） _____ 印

※「医療費・医療手当請求書」の別紙として使用する場合は、請求者氏名のみ記入。
※「受診証明書」の別紙として使用する場合は、請求者氏名と医療機関名(薬局名)を記入押印。