

医療費請求明細書

被保険者 令和 年 月 日

記号・番号 島3

受診者

保険医療機関等名 所在地  
名 称  
担当者 印

年 月分の医療費は次のとおりです。

初・再診料	点	精神科専門療法	点
入院料等	点	処置	点
医学管理等	点	手術	点
在宅医療	点	麻酔	点
検査	点	放射線治療	点
画像診断	点	病理診断	点
投薬	点	その他	点
注射	点	診断群分類（D P C）	点
リハビリテーション	点	合計点数	点
患者一部負担額		2割 3割	円

公費負担者番号					公費点数	点
					公費一部負担額	円

食事療養標準負担額	円 × 食	円
-----------	-------	---

上記以外の保険外請求額	円
-------------	---

期	年 月 日 から
間	月 日 まで （ 日間）