

医療費請求明細書

令和 年 月 日

被保險者

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。

処方箋発行医療機関	
-----------	--

調剤技術料	点	特定保険医療材料料	点
薬学管理料	点	薬剤料	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

上記以外の保険外請求額	円
-------------	---

期 間	年 月 日 から 月 日 まで (日間)
--------	--------------------------

郡山市国民健康保険高額療養費貸付制度

郡山市国民健康保険課 給付係

電話：024-924-2141