

医療費請求明細書

被保険者証
記号番号 島3 _____

令和 年 月 日

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	リハビリテーション	点
入院料等	点	精神科専門療法	点
医学管理等	点	処置	点
在宅医療	点	手術	点
検査	点	麻酔	点
画像診断	点	放射線治療	点
投薬	点	その他	点
注射	点	合計点数	点
患者一部負担額		1割 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)