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）

※「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。