

患者氏名 :

患者 ID :

医療費請求書

発行年月日(年 月 日)

 外来 入院 セカンドオピニオン

病院名 :

受診科 :

保険種類 : 負担割合(%)

請求期間(年 月 日 ~ 年 月 日)

支払期限(年 月 日までに、会計窓口でお支払ください。)

患者番号 :

患者氏名 :

	初・再診料	入院料等	DPC	医学管理料等	在宅医療
保険点数(点)	点	点	点	点	点
自己負担額	円	円	円	円	円
	検査料	画像診断	投薬料	注射料	リハビリテーション
保険点数(点)	点	点	点	点	点
自己負担額	円	円	円	円	円
	精神科専門療法	処置料	手術料	輸血料	麻酔料
保険点数(点)	点	点	点	点	点
自己負担額	円	円	円	円	円
	放射線治療	病理診断	歯冠修復・欠損補綴	処方せん料	小計
保険点数(点)	点	点	点	点	点
自己負担額	円	円	円	円	円

	食事療養費	文書料	分娩料	特別室料	保険外併用療養費
自己負担額	円	円	円	円	円
	その他				小計
自己負担額	円				円

備考 :

消費税		請求金額
消費税対象額	消費税額	
円	円	円