

患者氏名 :
患者 ID :

医疗费缴费单

发行日期 (年 月 日)

医院名称 : _____

门诊 住院 第二医疗意见

就诊科室 : _____

保险种类 : _____ 自付比例 (%)

结算期间 (年 月 日 ~ 年 月 日)

付款期限 (年 月 日之前在交费窗口付款)

患者编号 : _____

患者姓名 : _____

	初诊费、复诊费	住院费等	DPC	医学管理费等	居家医疗
保险点数(点)	点	点	点	点	点
自付金额	日元	日元	日元	日元	日元
	检查费	影像诊断	用药费	注射费	康复训练
保险点数(点)	点	点	点	点	点
自付金额	日元	日元	日元	日元	日元
	精神专科治疗	处置费	手术费	输血费	麻醉费
保险点数(点)	点	点	点	点	点
自付金额	日元	日元	日元	日元	日元
	放射治疗	病理诊断	牙冠修复、缺损修复	处方费	小计
保险点数(点)	点	点	点	点	点
自付金额	日元	日元	日元	日元	日元

	营养伙食费	资料费	分娩费	特别病房费	保险外并用疗养费
自付金额	日元	日元	日元	日元	日元
	其他				小计
自付金额	日元				日元

备注:

消费税		请求金额
消费税对象金额	消费税金额	
日元	日元	日元