

受 診 保 険 医 療 機 関 等 明 細 書

被保険者証番号		世帯主氏名	
---------	--	-------	--

No.	受診者氏名	療養を受けた 保険医療機関等の名称	療養を受けた期間	入院・外来	自己負担額	※記入不要 還付額
1			年 月	入院・外来		
2			年 月	入院・外来		
3			年 月	入院・外来		
4			年 月	入院・外来		
5			年 月	入院・外来		
6			年 月	入院・外来		
7			年 月	入院・外来		
8			年 月	入院・外来		
9			年 月	入院・外来		
10			年 月	入院・外来		
11			年 月	入院・外来		
12			年 月	入院・外来		
13			年 月	入院・外来		
14			年 月	入院・外来		
15			年 月	入院・外来		
16			年 月	入院・外来		
17			年 月	入院・外来		
18			年 月	入院・外来		
19			年 月	入院・外来		
20			年 月	入院・外来		
合 計					円	

※すでに高額療養費が支給されている場合は、高額療養費の額を考慮して還付されます。