

受診医療機関明細書

被保険者番号

氏名

No.	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	領収証の枚数	自己負担額 ※注2	※記入不要 高額療養費 支給金額	※記入不要 還付額
1		令和 年 月	入院・外来	枚			
2		令和 年 月	入院・外来	枚			
3		令和 年 月	入院・外来	枚			
4		令和 年 月	入院・外来	枚			
5		令和 年 月	入院・外来	枚			
6		令和 年 月	入院・外来	枚			
7		令和 年 月	入院・外来	枚			
8		令和 年 月	入院・外来	枚			
9		令和 年 月	入院・外来	枚			
10		令和 年 月	入院・外来	枚			
11		令和 年 月	入院・外来	枚			
12		令和 年 月	入院・外来	枚			
13		令和 年 月	入院・外来	枚			
14		令和 年 月	入院・外来	枚			
15		令和 年 月	入院・外来	枚			
合 計				枚	円		

摘要欄

確認： 月 日 氏名

※注1 病院に支払った自己負担額は申請額と支給額に誤差が生じる場合があります。

※注2 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。