

請求書

受給者氏名	様
-------	---

受診月	年	月	
入院期間	日～	日	
外来受診日	日	日	日
	日	日	日
	日	日	日
	日	日	日
	日	日	日

区分		保険点数	保険内負担金	その他
入院	入院日数 日	点	円	
外来	診療実日数 日	点	円	

保険内負担金	円
既受領済金額	円
請求金額	円

上記のとおり請求いたします。

年 月 日

住所

医療機関名

