

受 診 医 療 機 関 明 細

被保険者番号	氏名	重度心身障害者医療助成の有・無 ※注1	有 ・ 無
--------	----	------------------------	-------

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
	平成 年 月	入院・外来	枚			
	平成 年 月	入院・外来	枚			
	平成 年 月	入院・外来	枚			
	平成 年 月	入院・外来	枚			
	平成 年 月	入院・外来	枚			
	平成 年 月	入院・外来	枚			
	平成 年 月	入院・外来	枚			
	平成 年 月	入院・外来	枚			
	平成 年 月	入院・外来	枚			
	平成 年 月	入院・外来	枚			
	平成 年 月	入院・外来	枚			
	平成 年 月	入院・外来	枚			
	平成 年 月	入院・外来	枚			
	平成 年 月	入院・外来	枚			
	平成 年 月	入院・外来	枚			
	平成 年 月	入院・外来	枚			
	平成 年 月	入院・外来	枚			
	平成 年 月	入院・外来	枚			
	平成 年 月	入院・外来	枚			
	平成 年 月	入院・外来	枚			
	平成 年 月	入院・外来	枚			
	平成 年 月	入院・外来	枚			
	平成 年 月	入院・外来	枚			
合 計			枚	円		

※注1 重度心身障害者医療費助成を受けられている方は、有に○をしてください。

※注2 病院に支払った自己負担額は1円未満の四捨五入によって誤差が生じる場合があります。

※注3 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。