

(様式第3号)

医療費請求書(証明)

〔健康保険組合高額医療費貸付事業用〕

貴殿の保険診療費は次のとおりです。

記

該当診療月	平成	年	月分	
診療期間		年	月	日から
		同年	月	日まで
保険診療対象総点数	点(うち公費負担点数 点)			
患者負担額			円	医科・歯科 入院・外来
被保険者証記号番号				本人・家族

平成 年 月 日

所在地

電話() - () - ()

医療機関の名称

代表者名

印

(患者氏名)

殿

- (注) 1. この請求書は、高額医療費貸付資金貸付のために使用するものです。
2. この請求書は、療養を受けた者ごとに、同一月の医科・歯科別、入院・外来別(総合病院にあっては診療科別)に及び保険診療対象総点数及びこれに係る患者負担額を記入してください。
3. 患者負担額は、患者が医療機関に支払う金額のうち、保険診療のみを記入してください。また、入院時食事療養費の標準負担額は対象外なので含めないでください。