

(様式8)

請求内訳書

受診者氏名			
傷病名			
診療期間	自令和 年 月 日 (入院期間 自令和 年 月 日) 至令和 年 月 日 (至令和 年 月 日)		
	摘要	金額	備考
保険適用医療 の自己負担額 〔または費用 徴収額〕			
その他			
計			
請求金額の内訳については上記のとおりです。			
医療機関 所在地 名称 ⑩			
※ 医療機関へのお願い 1 健康保険法施行令第79条第11項及び第12項の規定に係る療養の場合は、 各診療科ごと及び入院・外来ごとの自己負担額を記入してください。 2 健康保険法施行令第79条第3項に係る療養の場合は、その旨及び全医療費 の額(公費負担分を含む。)を備考欄に記入してください。			