別　紙

診療明細書

|  |  |
| --- | --- |
| 令和　　年　　月　診療・調剤分 | |
| 受給者氏名 |  | 入外・日数 | | 入院・外来　　　　　　日分 |
| 診療点数 | | 点 |
| 受給者番号 |  | 自己負担額  (保険診療分のみ) | | 円 |
| 生年月日 |  |
| 特記事項 |  | | | |
| 受給者氏名 |  | 入外・日数 | | 入院・外来　　　　　　日分 |
| 診療点数 | | 点 |
| 受給者番号 |  | 自己負担額  (保険診療分のみ) | | 円 |
| 生年月日 |  |
| 特記事項 |  | | | |
| 受給者氏名 |  | 入外・日数 | | 入院・外来　　　　　　日分 |
| 診療点数 | | 点 |
| 受給者番号 |  | 自己負担額  (保険診療分のみ) | | 円 |
| 生年月日 |  |
| 特記事項 |  | | | |
| 受給者氏名 |  | 入外・日数 | | 入院・外来　　　　　　日分 |
| 診療点数 | | 点 |
| 受給者番号 |  | 自己負担額  (保険診療分のみ) | | 円 |
| 生年月日 |  |
| 特記事項 |  | | | |
| 貸付利用の診療に係る自己負担総額 | | | 円 | |

　福祉医療費貸付制度を利用した診療について、上記のとおりです。

令和　　年　　月　　日

住所

医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

電話番号　　　　　　（　　　　　　）

＊貸付対象とならない、償還方式での受診分、自費負担分等を除いた上で、ひと月分を合計して記載してください。

＊受診翌月の１０日頃までに提出してください。