

診 療 報 酬 証 明 書		(平成 年 月分)	
国 保 番 号	療 養 を 受 け た 被 保 険 者 の 氏 名 生 年 月 日	(昭 和 ・ 平 成 年 月 日 生)	
保 険 診 療 総 点 数		点	
保 険 診 療 に 係 る 一 部 負 担 金 の 請 求 金 額		(A) 円	
保 険 診 療 総 点 数 に 対 応 す る 診 療 期 間		平成 年 月 日 から 日間 平成 年 月 日 まで	
入 院 ・ 入 院 外 の 別		1 入院 2 入院外	
備 考			
医療機関窓口を支払した額		円	
上記のとおり証明します。			
		平成 年 月 日	
医療機関 所在地 名称 氏名		印	
口 座 振 込 依 頼 書			
高額療養費貸付金について下記の金融機関に振り込んでください。			
振 込 先 金 融 機 関		口座種別	口 座 番 号
金 融 機 関 名	本 ・ 支 店 名		
フリガナ			
口座名義人			

(記載上の注意)

- 1 暦月を単位とする。(診療した月の1日から末日まで)
- 2 病院、診療所ごとに作成する。
- 3 入院、入院外ごとに作成する。
- 4 診療報酬明細書による保険点数のみを記載する。
- 5 診療報酬証明書の発行は、診療報酬額確定後とする。