

(別記第2号様式)

診療報酬証明書 () 月分

下記事項について、証明していただきますようお願い致します。

申請者

㊞

被保険者氏名			
入院・入院外の別	1 入院 ・ 2 入院外		
診療期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日		
診療報酬額	総額(10割)	※1 円	
	一部負担額 (割・本人負担分)	※2 円	
保険外自己負担額	食事費	円	円
		円	円
上記のとおり証明する。 平成 年 月 日 所在地 病院名 代表者氏名 ㊞ 電話番号 (申請者) 様 振込先			
金融機関名	銀行		支店
預金種目	普通・当座	口座番号	
ふりがな			
口座名義			

※1、※2欄は保険適用分のみ金額をご記入願います。

※月毎に記入願います。

※事務処理記入欄

自己負担限度額	円	貸付限度額	円
---------	---	-------	---