料金後納
郵便

〒968-9999
福島県○○○郡○○町大字○○字○○○○
９９９９番地の９９
○○団地９－９９号
国保　太郎　　様

174

この通知は請求書ではありません

あなたの家庭が、国民健康保険で受診した医療費等の状況をお知らせします。
※この通知を受け取ったことによる手続き等は必要ありません。

〒９６８－９９９９
○○町大字○○○○○○９９番地
○○町
○○○○課
（国民健康保険担当）
電話：０２４１－９９－９９９９

診療を受けた明細

受診者氏名	医療機関等の名称	受診年月	入通区分	日数（回数）	①医療費の額 円	②一部負担金額 円
国保　太郎	○○町国民健康保険○○診療所	２９０１	医科外来	1	5,030	503
国保　太郎	○○○○薬局○○店	２９０１	調剤	1	5,930	593
国保　太郎	○○町国民健康保険○○診療所	２９０２	医科外来	1	2,000	200
国保　太郎	○○○○薬局○○店	２９０２	調剤	1	4,920	492
合計				4	17,880	1,788

受診者氏名	医療機関等の名称	受診年月	入通区分	日数（回数）	①医療費の額 円	②一部負担金額 円

（注）１．②の一部負担金額には、窓口負担相当額を表示しています。
２．治療用装具等の現金給付分や、差額ベット料等の保険外負担分は含まれておりません。
３．入院分については、食事療養費が併せて表示されています。その場合、日数欄には食事回数が表示されます。
４．柔道整復施術療養費については、複数の負傷名がある場合、負傷名の中で日数の多いものを表示しています。