料金後納
郵便

様

親展

蒲郡市旭町１７－１

蒲郡市役所

保険年金課
国民健康保険担当

0533-66-1103

被保険者証記号・番号

医療費のお知らせ

年　月　日

受診年月	受診者氏名	医療機関等の名称	入外区分	入院通院柔整の日数	医療費の額	患者負担額	減額区分
	合計						

入外区分説明
１：医科入院　２：医科外来
３：歯科　　４：調剤
５：訪問看護
６：柔整・鍼灸・マッサージ
７：療養費
空白：食事