

保険診療対象点数等証明書

《高額療養費つなぎ資金貸付用》

健保 寿子

殿の保険診療請求点数及び受診者負担割合は、下記のとおりであることを証明する。

記

診療月	平成 25 年 4 月分
診療期間	平成 25 年 4 月 1 日～同月 25 日
保険診療対象総点数	47,733 点 (477,330 円)
受診者負担割合	3割 (入院・通院)
被保険者証号 記号・番号	7866-539
備考	

平成 25 年 5 月 10 日

医療機関名 ○○総合病院
所在地 東京都文京区本郷○-○-○
電話番号 03-○○○○○-○○○○○
代表者名 ○○ ○○ 印

- ※ この証明書は、入院・通院・調剤・歯科別に同一月内の診療者についてご記入ください。
- ※ 該当する負担割合を○で囲んでください。
- ※ ご不明の点は、下記にお問合せください。

社団法人 東京都総合組合保健施設振興協会
〒130-0014 東京都墨田区亀沢1-7-3
電話 : 03-3626-7504
FAX : 03-3626-7509