

医 療 費 見 込 書

被保険者証	記号	新潟	番号	—		—		
被保険者 (患者)	住 所							
	氏 名							
	生年月日	年 月 日						
傷病名	(1)			診療開始日	(1)	年	月	日
	(2)				(2)	年	月	日
	(3)				(3)	年	月	日
	(4)				(4)	年	月	日
	(5)				(5)	年	月	日
治療見込み 期 間	入 院	年 月 日 から 日間						
	通 院	年 月 日 から 日間						
※総医療費見込額 (保険適用分)	治療予定年月		入院・通院の別		治療予定日数		金 額	
	年 月		入院 ・ 通院		日間		円	
	年 月		入院 ・ 通院		日間		円	
	年 月		入院 ・ 通院		日間		円	
	年 月		入院 ・ 通院		日間		円	
	年 月		入院 ・ 通院		日間		円	
上記のとおり治療の必要を認めます。								
年 月 日								
(宛先)新潟市長								
保険医療機関の住所及び名称								
保険医 氏名								
印								

※総医療費見込額の欄については、各月ごとにレセプト用紙に見積もりを添付する場合は記載不要です。