

진료확인서

진료자	성명		생년월일	년 월 일	성별	남	여
	주소						
진료일수	외래	일	입원	일			
의료비	총액	보험자 부담액		의료보험 본인부담액		의료보험 비급여액	

위와 같이 진료하였음을 확인함.

의료기관의 명칭	
소재지	
개설자의 성명	(서명 또는 인)