令和６年12月から令和７年７月までの医療費は次のとおりです。

被保険者番号	NNNNNNNN	被保険者氏名	ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ様

受診年月	医療機関等の名称 注１	区　分 注２	日数 注３	医療費の額（総額） 注４	支払った医療費の額（自己負担相当額） 注５	入院時食事療養費/生活療養費 費用の総額	入院時食事療養費/生活療養費 支払った額 注５
ZZ年ZZ月	ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ	ＮＮＮＮＮ	NN日	ZZZ,ZZZ,ZZZ円	ZZ,ZZZ,ZZZ円	ZZZ,ZZZ円	ZZZ,ZZZ円
		総合計額		ZZZ,ZZZ,ZZZ円	ZZ,ZZZ,ZZZ円	ZZZ,ZZZ円	ZZZ,ZZZ円
		1～7月の合計額		ZZZ,ZZZ,ZZZ円	ZZ,ZZZ,ZZZ円	ZZZ,ZZZ円	ZZZ,ZZZ円

「表の見方」・「問い合わせ先」は、1枚目を参考にしてください。