令和 4年12月から令和 5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	支払った額 注5
ZZ年ZZ月	NNNNNNNNNNNNNNNNN	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」・「お問い合わせ先」は、1枚目を参考にしてください。