

진 료 확 인 서

진료자	성명	생년월일	성별	
	주소			
질병명 또는 주요 소견				
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)