

진 료 확 인 서

진료 대상자	성명	생년월일	성별	
	주소			
질병명 또는 주요 소견				
진료일수	외래 일			
	입원 일			
의료비	총액	보험자 부담액	건강보험 본인부담액	건강보험 비급여액

위 진료 대상자에 대하여 위와 같이 진료하였음을 확인합니다.

의료기관의 명칭:

소재지:

개설자의 성명:

(서명 또는 인)