

[별지 제28호서식] <신설 1995.1.10>

진 료 확 인 서						
① 성 명			②주민등록번호			
③ 주 소						
④ 질 병 명 또는 주 요 소 건						
⑤ 진 료 일 수	외 래	일	⑥ 의 료 비			
			총 액	보 험 자 부 담 액	의 료 보 험 본 인 부 담 액	의 료 보 험 비 급 여 액
	입 원	일				
위와 같이 진료하였음 확인함 . . . 의료기관의 명칭 소재지 개설자의성명 (서명 또는 인)						

31312-44511민

94.12.5 승인

210mm×297mm

(신문용지 54g/m²)