

医療費負担額証明書発行システム

HOPE版

開発：(株)システムベース

概要

患者様の要求に応じて、年間又は集計期間指定による医療費入金集計及び証明書、明細書の発行ができます。

○集計期間、患者番号指定による医療費入金一覧、合計入金額表示

医療費負担額証明書発行

集計期間 4 平成 年 月 日 ~ 4 平成 年 月 日

患者番号 [] 新規集計 確認表示 集計 (F1)

請求日付 入金日付 請求No. 種別 診療費計 自費計 食事・生活 合計請求額 合計入金額

印刷 (F6) 明細印刷 (F7) 取消し (F9) 終了 (F12)

・集計期間指定
・患者番号指定

(医療費入金一覧、合計入金額表示)

医療費負担額証明書発行

集計期間 4 平成 21 年 1 月 1 日 ~ 4 平成 21 年 12 月 31 日

患者番号 8781 テスト 一郎 新規集計 確認表示 集計 (F1)

請求日付	入金日付	請求No.	種別	診療費計	自費計	食事・生活	合計請求額	合計入金額
平成21年01月15日	平成21年01月01日	1	定期	0	1,000	10,100	11,100	11,100
平成21年06月01日	平成21年06月01日	16	外来	430	0	0	430	430
平成21年06月17日	平成21年06月17日	1	外来	1,430	5,500	0	6,930	6,930
平成21年06月17日	平成21年06月17日	2	外来	10	100	0	110	110
平成21年06月17日	平成21年06月17日	3	外来	1,220	0	0	1,220	1,220
平成21年06月17日	平成21年06月17日	4	外来	10	0	0	10	10
平成21年06月17日	平成21年06月17日	5	外来	0	1,000	0	1,000	500
平成21年06月24日	平成21年06月24日	1	外来	10	0	0	10	10
平成21年06月24日	平成21年06月24日	2	外来	30	0	0	30	30
平成21年06月24日	平成21年06月24日	3	外来	20	0	0	20	20
平成21年06月24日	平成21年06月24日	4	外来	40	0	0	40	40
平成21年06月24日	平成21年06月24日	5	外来	50	0	0	50	50
平成21年06月24日	平成21年06月24日	6	外来	60	0	0	60	60
平成21年06月24日	平成21年06月24日	7	外来	70	0	0	70	70
平成21年06月24日	平成21年06月24日	8	外来	80	0	0	80	80
平成21年06月24日	平成21年06月24日	9	外来	90	0	0	90	90
合計				3,550	7,600	10,100	21,250	20,750

診療費計 自費計 食事・生活 合計請求額 合計入金額

印刷 (F6) 明細印刷 (F7) 取消し (F9) 終了 (F12)

証明書発行指示 明細発行指示

(有床診療所、病院用証明書)

医療費負担額証明書

氏名 テスト 一郎 様 生年月日 昭和6年01月10日
住所 *****
期間 平成21年01月01日 ~ 平成21年12月31日

あなたが上記期間に当院で下記の医療費を支払われていることを証明致します。

Table with 4 columns: Category, Sub-category, Amount, Unit. Rows include: 入院外 (3,550円), 入院 (0円), 食事・生活負担金 (0円), 保険給付外 (7,600円), 合計自己負担金 (11,150円).

平成21年07月01日

岩手県盛岡市乙部5地割189番地
019-601-4011
システムベース病院
院長 テスト 医師

(無床診療所用証明書)

医療費負担額証明書

氏名 テスト 一郎 様 生年月日 昭和6年01月10日
住所 *****
期間 平成21年01月01日 ~ 平成21年12月31日

あなたが上記期間に当院で下記の医療費を支払われていることを証明致します。

Table with 4 columns: Category, Sub-category, Amount, Unit. Rows include: 医療費 (3,550円), 保険給付外 (7,600円), 合計自己負担金 (20,750円).

平成21年07月02日

岩手県盛岡市乙部5地割189番地
019-601-4011
システムベース病院
院長 テスト 医師

(明 細)

医療費負担額証明書明細

平成21年07月01日

氏名 テスト 一郎 様 生年月日 昭和6年01月10日
住所 *****
期間 平成21年01月01日 ~ 平成21年12月31日

あなたが上記期間に当院で下記の医療費を支払われていることを証明致します。

Detailed table with 8 columns: Category, Request Date, Payment Date, Medical Fee, Self Fee, Food/Life, Request Amount, Payment Amount. Includes a total row at the bottom.

NO.21-10-23

お問い合わせは
株式会社システムベース

本社 〒024-0004 北上市村崎野19地割116番地4
電話 (0197) 71-1111 FAX (0197)71-1212
盛岡センター 〒020-0403 盛岡市乙部5地割189番地
電話 (019) 601-4011 FAX (019)601-4012