

【療養費・一部負担金払戻金請求書の記入例】

○療養費 ○家族療養費 ○一部負担金払戻金 家族療養費附加金 高額療養費	<h1>請求書</h1>		決定欄	療養費	※	円
			療養費	※	円	
			高額療養費	※	円	
組合員証記号番号	公立長崎第 000000-0 号		組合員氏名	福利 太郎		
所属所名	長崎市立〇〇中学校					
療養者氏名	福利 太郎		性別	男	生年月日	昭和〇年 5月 5日
傷病名	左上腕骨 大結節骨折	傷病の 原因	ソフトボールの 試合中に転倒し 負傷		初診日	〇年 9月 23日
組合員のみ記入	公務・ <u>公務外</u>					
医療機関又は 薬局名 その住所	長崎市〇〇町〇-〇〇 〇〇病院		療養期間	平成 年 月 日から 平成〇年 9月 28日 まで		
療養に した 費用	102,940円	請求額	療養費	72,058円		
		一部負担金払戻金 家族療養費附加金	10,800円			
		高額療養費	円			
組合員証を使用しなかった理由	療養用装具等の購入に係る費用のため					
上記のとおり請求します。 公立学校共済組合長崎支部長 様 平成 〇年 10月 7日 請求者 住所 長崎市〇〇町〇-〇 氏名 福利 太郎 福利						
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 平成 〇年 10月 7日 所属所長 職名 長崎市立〇〇中学校 氏名 校長 〇〇 〇〇 公用 [所属所電話番号 (000)-(000)-(0000)]					所属所 受付年月日 受付 〇.10.7 〇〇中 	

装着

(注) 1 ※印欄は記入しないでください。
 2 各月ごと、受診者ごと、入院・外来ごと、医療機関ごとに1枚作成してください
 3 海外で治療を受けた場合等で、証拠書類が日本語で作成されていない場合は、当該証拠書類に和訳を付してください。

診療報酬領収済明細書

組 合 員 証 号	公立長崎 第	保 險 者 番 号	34420018	組 合 員 証 の 発 行 機 関	公立学校共済組合長崎支部										
組 合 員 住 所 氏 名								公 務 上							
受 給 者 住 所 氏 名								公 務 外	乗船中発病したもの						
	年 月 日生								下船中発病したもの						
傷 病 名	①	初	年 月 日	当 月 開 始	年 月 日	診 療 日 数	日	終 診	年 月 日	転 帰					
	②	診	年 月 日	年 月 日	年 月 日	日	日	年 月 日	治 ゆ	繰 越	死 亡	転 医	中 止		
臨床学的所見				理化学的所見											
診 療 の 内 容										摘 要					
項 目 内 容										経過及び診療事実に関する理由					
診 療 科	初 診														円
	再 診														円
	往 診	回													円
投 薬 科	内 服	{	1 剤投与	日分	円										
			2 剤投与	日分	円										
	頓 服	回													円
	外 用	回													円
注 射 科	(皮) (筋)	回													円
	(静) (動)	回													円
	の別を記入	回													円
処 置 科	処 置 名	回													円
		回													円
		回													円
手 術 科	手 術 名	回													円
検 査 料	検 査 名	回								円					
		回								円					
レ グ ン ト 科	透視 撮影	枚								円	療 法 開 始 年 月 日				
そ の 他											結核化学療法 年 月 日				
											駆梅療法 年 月 日 () 年 月 日				
入 院 料	看 病 食 (無)寝	自 日	至 日	日 日間						円	結核予防法による公費負担				
合 計									円	初診に要した 日の診療額					
領 収 済 額									円	入院の初日 年 月 日					
上記のとおり領収しました。															
様										医療機関名					
平成 年 月 日										及びその住所					
														印	

(注) この明細書は、歯科医師以外の医師から診療を受け、又はその処方箋に基づいて薬局から調剤を受けた場合に用いる。