

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

請 求 書

決 定 欄	療 養 費 家 族 療 養 費	※	円
	一 部 負 担 金 払 戻 金 家 族 療 養 費 附 加 金	※	円
	高 額 療 養 費	※	円

組合員証記号番号	公立長崎第		号	組合員氏名			
所 属 所 名							
療養者氏名				性 別	生 年 月 日	年 月 日	
傷 病 名			傷 病 の 原 因	初 診 日	年 月 日		
組合員のみ記入	公務 ・ 公務外						
医療機関又は薬局名 その住所				療養期間	平成	年	月 日 から 平成
療 養 に 要 した 費 用	円	請 求 額	療 養 費 家 族 療 養 費	円			
			一 部 負 担 金 払 戻 金 家 族 療 養 費 附 加 金	円			
			高 額 療 養 費	円			
組合員証を使用しなかった理由							
<p>上記のとおり請求します。</p> <p style="text-align: center;">公立学校共済組合長崎支部長 様</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住 所 請 求 者 氏 名 (印)</p>							
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。					所 属 所	所 日	
平成 年 月 日					受 付 年	月 日	
所属所長 職 名 氏 名			[印]				
[所属所電話番号 ()-()-()]							

- (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 険 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 2 剤投与	日分												円
			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					
そ の 他										療 法 開 始 年 月 日					
									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 至	日 日	日 日間						円					
合 計									円						
領 収 済 額									円						
上記のとおり領収しました。 <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> 平成 年 月 日 様 医療機関名 及びその住所 印 </div>															

(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。