

下記の診療費証明書により療養見舞金の請求をいたします。

互助会提出用 ①

互助会記入欄

特別会員番号 1 2 3 4 5 6 生年月日 明 大 祝 30 年 05 月 27 日

フリガナ名 ゴジョカイ タロウ  
氏名 互助会 太郎 電話番号 ( 03 ) 3293 - 9010

病名又は症状

全額公費受診分

※PCR検査等、新型コロナウイルス関係含む

ボールペンでご記入ください。

【診療費証明書】

患者カナ名 ゴジョカイ 知ウ 使用保険  5. 国民健康保険  6. 後期高齢者  
 7. 協会けんぽ-健保組合  99. その他 ( )

公費適用の有無  有  無 患者一部負担  有  無 公費負担制度の種類  
 難病  障害  公害  原爆  感染  
 自立支援  その他 ( PCR )

診療機関  1.  2.  3. 保険薬局  4. 整形外科・鍼灸院等  9. その他

公費適用の有無：有  
患者一部負担：無  
公費負担制度の種類：その他 (PCR・COVID・・・)

医療機関・保険薬局で必ずカタカナでご記入ください。

コピー不可

診療科目	診療年月 (和暦)	診療日数 (来局日数)	健康保険適用総点数	入院	食事	外来又は保険薬局
<input type="checkbox"/> 1. 内科						
<input type="checkbox"/> 2. 精神科	04年01月	01日	001950			<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 3. 外科						
<input checked="" type="checkbox"/> 4. 整形外科						
<input type="checkbox"/> 5. 皮膚科						
<input type="checkbox"/> 6. 泌尿器科						
<input type="checkbox"/> 7. 産婦人科						
<input type="checkbox"/> 8. 眼科						
<input type="checkbox"/> 9. 耳鼻科						
<input type="checkbox"/> 10. 放射線科						
<input type="checkbox"/> 11. 歯科						
<input type="checkbox"/> 12. 麻酔科						
<input type="checkbox"/> 99. その他						
合計			001950			

食事は証明がある場合は単位が異なりますが、そのままで計算して、合計をご記入ください。

複数の証明の場合は1枚ごとの合計をご記入ください。

令和4年 2月 日

所在地 〒000-0000 3  
保険医療機関 TEL 東京都千代田区神田駿河台○  
保険薬局名称 03-0000-0000  
院長名  
薬局長名 ■■■■■病院

下記の診療費証明書により療養見舞金の請求をいたします。

互助会提出用 ①

互助会記入欄

特別会員番号 1 2 3 4 5 6 生年月日 明 大 祝 30 年 05 月 27 日

フリガナ名 ゴジョカイ タロウ  
氏名 互助会 太郎 電話番号 ( 03 ) 3293 - 9010

病名又は症状 関節の手術

全額公費以外の受診分

※公費等により医療費負担が実質無料の方は記入方法が異なります

ボールペンでご記入ください。

【診療費証明書】

患者カナ名 ゴジョカイ 知ウ 使用保険  5. 国民健康保険  6. 後期高齢者  
 7. 協会けんぽ-健保組合  99. その他 ( )

公費適用の有無  有  無 患者一部負担  有  無 公費負担制度の種類  
 難病  障害  公害  原爆  感染  
 自立支援  その他 ( )

診療機関  1. 一般保険医療機関  3. 保険薬局  4. 整形外科・鍼灸院等  9. その他

- 証明は1ヶ月毎の「入院」・「食事・生活療養費」・「外来・保険薬局」に区分して1行ずつ証明してください。
- 「入院」・「外来」は診療報酬明細書の「療養の給付」の請求点数を証明してください。
- 「食事」は診療報酬明細書の「食事・生活療養費」の欄から標準負担額を差引いた金額を、事前印字された「点」を「円」に修正して証明してください。例) 100 円
- 整形外科・鍼灸院・訪問看護等の保険療養費は、「点」を「円」に修正して総金額(10割)で証明してください。
- 全額公費負担(患者負担なし)適用の方で、「全額公費受診分」と「全額公費以外の受診分」で受診がある場合は、「全額公費受診分」と「全額公費以外の受診分」で証明書を分けて証明してください。
- 再受診等により点数が変わることがありますので、当月分の証明は翌月以降にお願いたします。
- 記載内容(主に健康保険適用総点数)について当会より問合せをさせていただくことがありますので、ご了承ください。

医療機関・保険薬局で必ずカタカナでご記入ください。

コピー不可

診療科目	診療年月 (和暦)	診療日数 (来局日数)	健康保険適用総点数	入院	食事	外来又は保険薬局
<input type="checkbox"/> 1. 内科						
<input type="checkbox"/> 2. 精神科	04年01月	02日	003042			<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 3. 外科	04年01月	07日	212254		<input checked="" type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/> 4. 整形外科	04年01月	07日	003420			<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 5. 皮膚科						
<input type="checkbox"/> 6. 泌尿器科						
<input type="checkbox"/> 7. 産婦人科						
<input type="checkbox"/> 8. 眼科						
<input type="checkbox"/> 9. 耳鼻科						
<input type="checkbox"/> 10. 放射線科						
<input type="checkbox"/> 11. 歯科						
<input type="checkbox"/> 12. 麻酔科						
<input type="checkbox"/> 99. その他						
合計			218686			

食事は証明がある場合は単位が異なりますが、そのままで計算して、合計をご記入ください。

複数の証明の場合は1枚ごとの合計をご記入ください。

令和4年 2月 日

所在地 〒000-0000 3  
保険医療機関 TEL 東京都千代田区神田駿河台○  
保険薬局名称 03-0000-0000  
院長名  
薬局長名 ■■■■■病院