診療・調剤報酬証明書【記入例】

※保険医療機関等に記入してもらうものです。

保険医療機関等記入用
※会員の方は記入しないでください。
※領収書の添付があるときは、この書類の提出は不要です。

≪本件に関するお問い合わせ≫
秋田県教育関係職員互助会
退職医療補助金担当 ： 018-860-5227

診 療 ・ 調 剤 報 酬 証 明 書

≪保険医療機関等の皆様へお願い≫

一般財団法人秋田県教育関係職員互助会では、退職教職員の療養費について補助事業を行っております。
お手数とは存じますが、証明くださるようご協力をお願いいたします。

※1診療機関1ヶ月分の健康保険法適用分を記入してください。
（その診療月以外に発生した未収金等、入院時食事療養費、健康保険法適用外のものは除きます。）
※同一医療機関で複数の診療があった場合は、レセプト毎に記入してください。

【保険医療機関用】

診療月	R4 年 4 月分		療養者氏名	秋田 太郎
療養者の医療保険種別		(国保)・後期高齢者・協会けんぽ・公立学校共済・地方職員共済 市町村共済・私学共済・組合健保（　　）		
医療機関証明欄	診療種別	(医科)・歯科 (外来)・入院	左記のとおり証明します。 R4 年 5 月 5 日 所在地 秋田市山王○○○ 医療機関名 山中医院 代表者氏名 山中 一郎 ㊞ 電話番号 018-860-○○○○	
	総点数	2,500 点		
	一部負担金額	7,500 円		
薬局証明欄	総点数	200 点	左記のとおり証明します。 R4 年 5 月 10 日 所在地 秋田市山王△△△ 医療機関名 花園薬局 代表者氏名 花園 二郎 ㊞ 電話番号 018-860-□□□□	
	一部負担金額	600 円		

診療月	R4 年 4 月分		療養者氏名	秋田 太郎
療養者の医療保険種別		(国保)・後期高齢者・協会けんぽ・公立学校共済・地方職員共済 市町村共済・私学共済・組合健保（　　）		
医療機関証明欄	診療種別	(医科)・歯科 外来・(入院)	左記のとおり証明します。 R4 年 5 月 5 日 所在地 秋田市山王○○○ 医療機関名 山中医院 代表者氏名 山中 一郎 ㊞ 電話番号 018-860-○○○○	
	総点数	29,000 点		
	一部負担金額	44,400 円		
薬局証明欄	総点数	点	左記のとおり証明し 所在地 医療機関名 代表者氏名 電話番号	
	一部負担金額	円		

⚠ 医療機関の皆様へ
一部負担金額の欄は、診療月以外の未収金・調整額等を含まないでください。

【整骨院・柔道整復師用】

診療月	R4 年 4 月分		療養者氏名	秋田 太郎
療養者の医療保険種別		(国保)・後期高齢者・協会けんぽ・公立学校共済・地方職員共済 市町村共済・私学共済・組合健保（　　）		
証明欄	総金額	15,000 円	左記のとおり証明します。 R4 年 5 月 10 日 所在地 秋田市山王◇◇◇ 医療機関名 教育整骨院 代表者氏名 教育 三郎 ㊞ 電話番号 018-860-△△△△	
	一部負担金額	4,500 円		