

退様式第4号

〈医療機関へのお願い〉

・ 保険適用の自己負担分について補完給付を受けるためのものです。下記事項の記入について格段の御配慮をお願いします。

※ 月毎, レセプト毎 (医科・歯科別) に記入してください。 (保険外や食事一部負担は除く)

※ 公費負担等がある場合は, 備考欄に記入してください。

療養者氏名		診療年月		保険総点数	患者負担額	保険種別 (○印をしてください。) A 国民健康保険 C 全国健康保険協会 (協会けんぽ) D 私立学校振興共済 (1 現職 2 任継) E 市町村共済組合 (1 現職 2 任継) F その他企業保険等 (保険名)	
医療機関 領収内訳	病(入院)	年	月	点	円		医療機関の所在地・名称 ☎ ①
		年	月	点	円		
	院科	外来	年	月	点	円	
	調剤薬局		年	月	点	円	
	整接骨院		年	月	総額 円	円	
	備考(公費等記入)						
					医療機関コード		

〈医療機関へのお願い〉

・ 保険適用の自己負担分について補完給付を受けるためのものです。下記事項の記入について格段の御配慮をお願いします。

※ 月毎, レセプト毎 (医科・歯科別) に記入してください。 (保険外や食事一部負担は除く)

※ 公費負担等がある場合は, 備考欄に記入してください。

療養者氏名		診療年月		保険総点数	患者負担額	保険種別 (○印をしてください。) A 国民健康保険 C 全国健康保険協会 (協会けんぽ) D 私立学校振興共済 (1 現職 2 任継) E 市町村共済組合 (1 現職 2 任継) F その他企業保険等 (保険名)	
医療機関 領収内訳	病(入院)	年	月	点	円		医療機関の所在地・名称 ☎ ①
		年	月	点	円		
	院科	外来	年	月	点	円	
	調剤薬局		年	月	点	円	
	整接骨院		年	月	総額 円	円	
	備考(公費等記入)						
					医療機関コード		

〈医療機関へのお願い〉

・ 保険適用の自己負担分について補完給付を受けるためのものです。下記事項の記入について格段の御配慮をお願いします。

※ 月毎, レセプト毎 (医科・歯科別) に記入してください。 (保険外や食事一部負担は除く)

※ 公費負担等がある場合は, 備考欄に記入してください。

療養者氏名		診療年月		保険総点数	患者負担額	保険種別 (○印をしてください。) A 国民健康保険 C 全国健康保険協会 (協会けんぽ) D 私立学校振興共済 (1 現職 2 任継) E 市町村共済組合 (1 現職 2 任継) F その他企業保険等 (保険名)	
医療機関 領収内訳	病(入院)	年	月	点	円		医療機関の所在地・名称 ☎ ①
		年	月	点	円		
	院科	外来	年	月	点	円	
	調剤薬局		年	月	点	円	
	整接骨院		年	月	総額 円	円	
	備考(公費等記入)						
					医療機関コード		