

診療(調剤)報酬領収証明書

診療月	令和 年 月	受診者名		証手数料	無 ・ 有 () 円															
区分	保険適用総点数	一部負担金領収額		診療日数 ※診療日に○をしてください																
通院	点	円	総日数 () 日間																	
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10								
			11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
入院	点	円	入院期間 (日～ 日) 総日数 日間																	
入院時食事標準負担金	@ 円×	食=	円	【薬局記載欄】処方箋発行機関を記入してください。																
保険区分 (レ印)	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 <input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢者広域連合		}	□本人	上記は保険診療(調剤)報酬・外来薬剤一部負担金・入院時食事負担金であることを証明します。 <div style="text-align: right;">令和 年 月 日</div> 住所 医療機関名 電話番号															
	□家族																			
	(印)																			
	(印)																			

----- 切り取り線 -----

医療機関・保険調剤薬局様へのお願い

1. この【診療(調剤)報酬領収証明書】は、岩手県農林漁業団体役員連盟に、会員が医療保険金の請求をする際に使用するものです。
 証明の際は、1診療月・1受診者・1医療機関ごとに1枚ずつ記入してください。
 保険調剤薬局の場合は、処方箋発行機関ごとに記入してください。
2. 「一部負担金領収額」に保険適用外(自費)は含まないでください。
 一部負担金と保険適用外、受診者名が記載されている領収書がある場合は、証明書は不要です。
3. 証明手数料がある場合は、金額を記載してください。
 証明手数料は、300円を限度とした実費を加算給付します。

請求の仕方

1. 医療費給付金請求書に【診療(調剤)報酬領収証明書】を添付して請求してください。
2. 医療機関と調剤薬局分を診療月ごとに合わせて請求してください。
3. 退職会員・遺族配偶者会員については、入院時食事標準負担金は給付対象外となります。

証明書に関するお問い合わせ・請求先

〒020-0024 盛岡市菜園一丁目4番10号 岩手県農林漁業団体役員連盟 給付課 宛
 TEL 019-626-8431 FAX 019-625-0680