（裏）

注　意　事　項

1　この証は、各面をよく読んで大切に持つていてください。

2　この証によつて認定疾病に係る保険診療を受ける場合は、窓口で支払う一部負担金等の額は、保険医療機関等又は保険薬局等ごとに1か月に表面に記載された自己負担限度額を最高限度とします。ただし、入院した場合には、食事療養又は生活療養に要する費用について、別途定額の食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額を求めることとなります。

3　保険医療機関等又は保険薬局等から認定疾病に係る保険診療を受けようとする場合において、資格確認書等を提出することにより組合員又は被扶養者であることの確認を受ける場合には、この証を資格確認書等に添えてその窓口で渡してください。

4　組合員の資格がなくなつたとき又は被扶養者でなくなつたときは、遅滞なくこの証を組合に返してください。

5　法第2条第1項第2号に規定する後期高齢者医療の被保険者等となつたときは、遅滞なくこの証を組合に返してください。

6　不正にこの証を使用した者は、刑法によつて詐欺罪として懲役の処分を受けます。

7　表面の記載事項に変更があつた場合には、遅滞なくこの証を組合に提出して訂正を受けてください。

備考

1　用紙の大きさは、縦127ミリメートル、横91ミリメートルとする。

2　この証は、受診者1人ごとに作成すること。

3　受診者が組合員であるときは、「受診者」欄の「氏名」欄に「組合員本人」と記載すること。

4　「発効年月日」欄には、この証が有効となる年月日を記載すること。

5　別途組合員又はその被扶養者に周知することにより、注意事項を省略することができる。

別紙様式第27号　第27号の1

診療報酬領収済明細書

組合員等記号・番号		保険者番号		組合の名称	
組合員住所氏名				公務上	
受給者住所氏名	年　月　日生			公務外	乗船中発病したもの 下船中発病したもの

傷病名		初診	当月開始	診療日数	終診	転帰
①		年　月　日	年　月　日	日	年　月　日	治癒　繰越　死亡　転医　中止
②		年　月　日	年　月　日	日	年　月　日	

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	
診察料	初診	円		
	再診	円		
	往診	回　円		
投薬料	内服	種類　日分　円 種類　日分　円 種類　日分　円		
	頓服	種類　回調剤　円		
	外用	種類　回調剤　円		
注射料	(皮)(筋)(静)(動)の別を記入	回　円 回　円 回　円		
処置料	処置名	回　円 回　円 回　円		
手術料	手術名	回　円 回　円		
検査料	検査名	回　円 回　円		
レントゲン料	透視 撮影	切　枚　円		
その他				
入院料	看 賄　食　自　日 至　日　日間　円 (無)寝			
合計		円		
領収済額		円		

	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	
感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律による公費負担	円
初診に要した月の診療額	円
入院の初日	年　月　日

上記のとおり領収しました。

殿

令和　年　月　日

医療機関名
及びその住所

備考

1　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。

2　用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。