

調 剂 報 酬 明 細 書

令和 年 月 分

○この用紙は、独立行政法人日本スポーツ振興センターの災害共済給付金の支払請求に使うものです。

上記のとおり証明します。

令和 年 月 日

保険薬局所在地及び名称

氏 名

※ 決定 10円× 点× $\frac{4}{10}$ = 円

1 けた場合に使用すること。
2 ※印は、記入しないこと。
3 この明細書の用紙は日本

$$\text{Ans} \times \frac{4}{10} =$$

四

(注) 1 この明細書は、医療保険各法に基づく被扶養者、被保険者又は組合員として保険薬局から調剤を受けた場合に使用すること。
2 ※印は、記入しないこと。
3 この明細書の用紙は、日本産業規格H4縦形レオルマー

<p>【お願い】上記証明において公費負担医療制度の利用状況について下欄の記入にご協力ください。（*該当する項目に□をつけてください。）</p>		
<p>①記入者*</p> <p><input type="checkbox"/> 保護者</p> <p><input type="checkbox"/> 学校(園)</p> <p><input type="checkbox"/> 教職員</p> <p><input type="checkbox"/> 医療機関</p>	<p>②公費負担医療制度*</p> <p><input type="checkbox"/> 利用なし (記入終了)</p> <p><input type="checkbox"/> 利用あり (左欄記入)</p>	<p>□乳幼児 □ひとり親 □子ども医療助成 □障害者総合支援法*</p> <p>□その他 (利用している制度を記入) []</p> <p>自己負担額 (「利用あり」の場合は記入)</p>