

明 細 書

JFE 健康保険組合

受診者 氏名		生年 月日	昭和・平成・令和 年 月 日生
受診期間：自 平・令 年 月 日 ・実診療日数 至 平・令 年 月 日 日			<傷病名>
種 目	単 位 ・ 回 数	金 額 (円)	内 容 (投薬名・処置内容等詳細)
初診	時間外 ・ 休日 深夜		
再診			
指導			
在宅	往 診		緊急 ・ 夜間 深夜 ・ 暴風雨雪
投薬	内服 頓服 外用 処方 調剤		
注射	皮下筋肉内 静脈内 その他		
処置	薬 剤		
手術・ 麻酔	薬 剤		
レ グ ン ト	薬 剤		
検査	薬 剤		
他			
合 計		円	

上記のとおり証明します。

(医師) 住所・TEL :

令和 年 月 日

氏 名 :

印