

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 至 平・令 年 月 日			・実診療日数 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		
レントゲン	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 :