

診療報酬明細書（レセプト） 発行申請書

（申請日）令和 年 月 日

（宛先）真岡市休日夜間急患診療所 様

申請者 （申請書を記入する人）	フリガナ	
	氏 名	※本人自署の場合 押印省略可 印
	住 所	
	電 話 番 号	
	対 象 者 と の 関 係	本人・父母・祖父母・夫・妻・子・その他（ ）
	申 請 理 由	自費診療の療養費請求のため

下記の者について、診療報酬明細書（レセプト）の発行を申請します。

発行対象者 （診療を受けた方）	フリガナ	
	氏 名	
	生 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日
	住 所	
	電 話 番 号	
	診 療 を 受 け た 日	令和 年 月 日

※申請者が、発行対象者本人でない場合は、下記委任状が必要です。

委 任 状	私は、この診療報酬明細書発行申請に関し、上記申請者に委任します。	
	住 所	
	（フリガナ） 氏 名	印

下記の書類を必ず全て同封のうえ、真岡市休日夜間急患診療所まで本申請書を郵送してください。

- ☐ 診療日の領収書の写し
- ☐ 返信用封筒（※送付希望先の住所宛名記入・郵便料金分の切手貼付済みのもの）
- （こどもの場合） ☐ こども医療費受給資格者証の写し

【申請書郵送先】

〒321-4317 栃木県真岡市中萩二丁目 10 番地 2
真岡市休日夜間急患診療所 （TEL：0285-82-9910）

【問合せ先】

真岡市健康増進課地域医療係
（TEL：0285-81-6946）