

## 医療等の状況 (診療報酬領収済明細書)

平成 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。	被災児童生徒等	氏名		男	昭和 平成	年	月	日生	
				女					
	傷病名	(1) (2) (3)			診療開始日	(1)平成 (2)平成 (3)平成	年	月	日
	初診	時間外・休日・深夜	回	点	診療実日数		転	帰	
	再診	再診 外来管理加算 時間外 休日 深夜	× × × ×	回 回 回 回	日		治ゆ	死亡	中止
	指導								
	在宅	往診 夜間 深夜・緊急 在宅患者訪問診療 その他 薬剤		回 回 回 回					
	投薬	内服薬 注射薬 外用薬 処方 麻毒調基	×  × ×	単位 回 単位 回 回 回					
	注射	皮下筋肉内 静脈内 その他		回 回 回					
	処置	薬剤		回					
手術・麻酔	薬剤		回						
検査	薬剤		回						
画診 像断	薬剤		回						
その他	処方せん 薬剤		回						
合計			点						
※決定	10円×				点× $\frac{4}{10}$ =			円	
上記のとおり領収しました。									
殿 医療機関所在地及び名称 平成 年 月 日 氏名 印									

(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の療養以外の療養(入院外)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、日本工業規格A 4縦型とすること。

## 医療等の状況 (診療報酬領収済明細書)

○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。	区分	精神・結核・特例・老人・重点・療養・複合・複療				平成 年 月 分				
	被災児童等 生徒等	氏名				男	昭和 平成 年 月 日生			
						女				
	傷病名	(1) (2) (3)			診開始療日	(1)平成 年 月 日 (2)平成 年 月 日 (3)平成 年 月 日				
	初診	時間外・休日・深夜 回 点			診療実日数	転 帰				
	指導				日	治	死	中		
	在宅					ゆ	亡	止		
	投薬	内服	服用	単位						
		外用	剤	単位						
	調剤	毒	日							
麻調	基	日								
注射	皮下	内	回							
	筋肉	内	回							
	静脈	内	回							
その他										
処置	薬剤 回									
手術・麻酔	薬剤 回									
検査	薬剤 回									
画診	薬剤 回									
像断	薬剤									
その他	薬剤									
入院	入院年月日	平成 年 月 日								
	病診	入院基本料・加算 点								
院	×			日間						
	×			日間						
	×			日間						
	×			日間						
	×			日間						
			特定入院料・その他							
				食 事	基 準			備 考		
					円×	日間	認・3月超			
					円×	日間				
					円×	日間				
					円×	日間				
				円×	日間					
合計		点			食事療養負担額 円					
※決定	10円×			点× $\frac{4}{10}$ =				円		
	食事療養負担額							円		
	合計							円		
上記のとおり領収しました。										
				殿						
平成 年 月 日				医療機関所在地及び名称						
				氏名						
							印			

(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の療養以外の療養(入院)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、日本工業規格A4縦型とすること。

