

医療等の状況 (診療報酬領収済明細書)

平成 年 月 日
令和

○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。

被災児童等 生徒等	氏名				男	平成 令和	年	月	日生
					女				
傷病名	(1) (2) (3)				診療開始日	(1) 平成・令和	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	治癒	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 処方麻調	薬調剤 薬調剤 薬調剤 毒基	× × ×	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×	$点 \times \frac{4}{10} =$							円
上記のとおり領収しました。									
令和 年 月 日 殿 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、日本産業規格A4縦型とすること。