

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 (2) 平 (3) 平	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 単位 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×									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。