

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 (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			
	指導					日	治ゆ	死亡	中止	
	在宅									
	投薬	内服 外用 調剤 麻薬	服用 剤 毒 基	単位 単位 単位 日 日						
	注射	皮下 筋肉 静脈 その他	内 内 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	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	食 事					
			×	日間		円× 日間 円× 日間 円× 日間 円× 日間			認・3月超	
			×	日間						
			×	日間						
			×	日間						
		特定入院料・その他								
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。										
平成 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)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。