

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。	区分	精神・結核・特例・老人・重点・療養・複合・複療			男	平成 年 月 日生			
	被災児童生徒等	氏名			女	令和 年 月 日生			
	傷病名	(1)			診療開始日	(1) 平成・令和 年 月 日			
		(2)				(2) 平成・令和 年 月 日			
		(3)				(3) 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			
	指導				日	治 癒	死 亡	中 止	
	在宅								
	投 薬	内 服	服 用	単 位					
		屯 外	用 剤	単 位					
	調 剤	毒 基	日						
	麻 調		日						
注 射	皮下	筋肉	内	回					
	静 脈	内	他	回					
	そ の			回					
処 置	薬 剤			回					
手 術	薬 剤			回					
麻 酔	薬 剤			回					
検 査	薬 剤			回					
画 診	薬 剤			回					
像 断	薬 剤			回					
そ の 他	薬 剤			回					
入 院	入院年月日	平成・令和 年 月 日			食 事	基 準			備 考
	病 診	入院基本料・加算 点							
		×	日間						
		×	日間						
		×	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×			$点 \times \frac{4}{10} =$		円			
	食事療養負担額					円			
	合 計					円			
上記のとおり領収しました。									
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）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。