

医療等の状況 (診療報酬領収済明細書)

令和 年 月 日

○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 年 月 日生			
				女	令和 年 月 日生			
傷病名	(1) (2) (3)			診開 始 療日	(1) 令和 年 月 日 (2) 令和 年 月 日 (3) 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 ゆ	死 亡	中 止	
医管 学理								
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 外用薬 処方 麻毒調	× × ×	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				
手麻 術酔	薬剤			回				
検病 査理	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 令和 年 月 日 氏名								

(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。