

診療明細書

レセプトが無い場合はここに記入していただきます。

| | | | |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------|----------|------------------------------|
| 患者名 | | 傷病名 | |
| 入院外 | | 入院 | |
| 初診 | 時間外・休日・深夜 | 初診 | 時間外・休日・深夜 |
| 再診 | 再診 × 回数 外来管理加算 × 回数 時間外 × 回数 休日 × 回数 深夜 × 回数 | 指導 | |
| 在宅 | 在宅患者訪問診療 その他 | 在宅 | |
| 投薬 | 内服 { 薬剤 × 単位 調剤 } 外用 { 薬剤 × 単位 調剤 } 処方 × 回数 麻毒基 × 回数 | 注射 | 皮下筋肉内 回数 静脈内 回数 その他 回数 |
| 処置 | 処置 × 回数 麻毒基 × 回数 | 処置 | 処置 × 回数 薬剤 × 回数 |
| 手術 | 手術・麻酔 × 回数 | 手術 | 手術・麻酔 × 回数 |
| 検査 | 検査 × 回数 | 検査 | 検査 × 回数 薬剤 × 回数 |
| 画像診断 | 画像診断 × 回数 | 画像診断 | 画像診断 × 回数 薬剤 × 回数 |
| その他 | 処方せん × 回数 その他 × 回数 | その他 | その他 × 回数 |
| 合計 | 円 | 合計 | 円 |
| 上記のとおり診療いたしました。 | | 平成 年 月 日 | |
| 住所 | | 電話番号 | |
| 病院名称 | | | |
| 医師名 | | | |

※添付書類についての注意
 ① 全ての書類に「領収書の原本」をつけてください。
 ② 自費診療、他保険診療に関する申請のときは、左記の診療明細若しくは別の診療報酬明細書をつけてください。
 ③ コルセット・ギブス・義肢等に関する申請のときは、それらの「装着が傷病の治療のため必要と認められる医療担当者の証明書」をつけてください。
 ④ 輸血に関する申請のときは、「輸血を必要と認めた医療担当者の証明書」をつけてください。

| | | | | | | |
|----------|-------|--------------|-----|-------|----|-------|
| ※支給支払決議書 | 同年月日 | 年 月 日 | 事務長 | 課長 | 係長 | 担当者 |
| | 決裁年月日 | 年 月 日 | | | | |
| | 支払額 | 拾万 万 千 百 拾 円 | | | | |
| | 支払内訳 | 法定 | 資得 | 年 月 日 | 療始 | 年 月 日 |
| | | 付加 | 格喪 | 年 月 日 | 養終 | 年 月 日 |

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (第 回 目)

| | | | |
|-----------------------|----------------------|---------------------|---------------|
| 被保険者証の記号・番号 | 生年月日 | 被保険者(申請者)氏名と印 | (フリガナ) プヒン ○○ |
| 記号 | 昭・平 | 部品 ○○ | (印) |
| 被保険者の(申請者)住所 | 郵便番号 | 電話番号 | |
| 〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇3-3-3 | 〇〇〇-〇〇〇〇 | 03-〇〇〇〇-〇〇〇〇 | |
| 事業所の名称 | 所在地 | 被保険者現在の業務種別 | |
| 株式会社〇〇製作所 | 〇〇県〇〇市〇〇〇〇 | 溶接 | |
| 療養が被扶養者に関するときは、その者の氏名 | (フリガナ) プヒン ハナコ | 生年月日 | 被保険者との続柄 |
| 部品 花子 | 昭・平 | 〇〇 | 妻 |
| 傷病名 | 発症又は負傷年月日 | 第三者行為又は交通事故によるものですか | |
| 右足首捻挫 | 〇〇 | はい | いいえ |
| 発病又は負傷の原因及びその経過(詳しく) | 休日に散歩中、滑って足をひねった。 | | |
| 診療を受けた病院等 | 名称 | 所在地 | 診療した医師名 |
| | 〇〇病院 | 〇〇県〇〇市〇〇1-2-3 | |
| 診療の期間 | 自 至 | 入院・入院外別 | 入院期間 |
| | 〇〇 | 入院 | 平成 年 月 日 |
| | | 入院外 | 平成 年 月 日 |
| 診療の内容 | 療養の給付を受けることができなかった理由 | | 〇〇〇 円 |
| | | | 保険証をもらう前だった為 |

| | | | |
|----------|-------|---------|------|
| 受取金融機関の欄 | 銀行コード | 銀行名 | 〇〇銀行 |
| | 店番号 | 支店名 | 〇〇支店 |
| | 種類 | 普通・当座 | |
| | 口座番号 | 1234567 | |
| | フリガナ | プヒン ○○ | |
| | 口座名義 | 部品 ○○ | |

| | |
|-----|------------------------|
| 委任状 | 上記請求金額の受領を (印) に委任します。 |
| | 平成 年 月 日 |
| | 被保険者氏名 (印) |

個人振込を希望される場合は、被保険者の口座をご記入ください。(委任状は不要です) ゆうちょ銀行の場合は、口座番号欄に通帳の記号番号を記入してください。

平成〇〇年 〇月 〇日 提出
 受付日付印