

療養費支給申請用 診療明細書 医科・歯科 入院 令和 年 月分

区分	精神 結核 療養		都道府県番号		保険医療機関コード				
氏名	男 女 昭・平・令 生		保険医療機関の所在地及び名称				印		
傷病名	(1) (2) (3)	診療開始日	(1) 年 月 日 (2) 年 月 日 (3) 年 月 日	転帰	治療	死亡	中止	診療実日数 日	
①初診	時間外・休日・深夜	回	点						
③指導									
④在宅									
② 投薬	21 内服	単位							
	22 頓服	単位							
	23 外用	単位							
	24 調剤	日							
	25 麻毒	日							
	27 調基								
30 注射	31 皮下筋肉内	回							
	32 静脈内	回							
	33 その他	回							
40 処置	薬剤	回							
50 手術 麻酔	薬剤	回							
60 検査	薬剤	回							
70 画像 診断	薬剤	回							
80 その他	薬剤								
90 入院	入院年月日 年 月 日								
	病診	90 入院基本料 点							
		× 日間 × 日間 × 日間							
		92 特定入院料・その他							
合計	点	※ 決定 点	97 食事	基準特別食堂	円× 円× 円×	回 回 日	合計 円	※決定 円	
* ※の箇所は記入しないで下さい。 * 10円=1点で計算し、記入してください。 * 摘要欄が足りない場合は、お手持ちの白紙に記入し、後ろに貼付して下さい。 * 医科・歯科の別に○を付けて下さい。			※ 一般未就学児 退職本人 退職家族 65~69歳 70~74歳			※ 支給金額計算欄		※ 点検 審査依頼	