

大阪市国民健康保険療養費医科明細書										都道府 県番号		医療機関コード																	
										令和 年 月 分																			
氏 名	1男 2女 1明 2大 3昭 4平 5令 ・ ・ 生					特記事項		保険者 番 号								給付 割合	10 9 8	7 ()											
	職務上の事由		1職務上 2下船後3月以内 3通勤災害					被保険者記号・番号																					
傷 病 名	(1)					診 療 開 始 日	(1)	年	月	日	転 帰	治 ゆ	死 亡	中 止	診 療 実 日 数	保 険		日											
	(2)						(2)	年	月	日						公 費①		日											
	(3)						(3)	年	月	日						公 費②		日											
⑪ 初 診		時間外・休日・深夜		回	点	公費分点数																							
⑫ 再 再 診	再 診	×	回																										
	外 来 管 理 加 算	×	回																										
	時 間 外	×	回																										
	休 日 深 夜	×	回																										
⑬ 指 導																													
⑭ 往 夜 在 深 夜 ・ 緊 急 在 宅 患 者 訪 問 診 そ の 他 薬 剤	往 診		回																										
	夜 間		回																										
	深 夜 ・ 緊 急		回																										
	在 宅 患 者 訪 問 診		回																										
⑯ 投 薬	⑲ 内服 { 薬剤 調剤	×	単位 回																										
	⑳ 頓服 薬剤		単位 回																										
	㉑ 外用 { 薬剤 調剤	×	単位 回																										
	㉒ 処 方	×	回																										
	㉓ 麻 毒		回																										
	㉔ 調 基		回																										
⑰ 注 射	㉕ 皮下筋肉内		回																										
	㉖ 静 脈 内		回																										
	㉗ そ の 他		回																										
⑱ 処 置	薬 剤		回																										
⑲ 手 術・ 麻 酔	薬 剤		回																										
⑳ 検 査	薬 剤		回																										
㉑ 画 診 像 断	薬 剤		回																										
㉒ そ の 他	処 方 せ ん 薬 剤		回																										
療 養 の 給 付	保 険 の 公 費①	請 求 点	※ 決 定 点	一部負担金額	円																								
	公 費②	点	点	減額 割(円)免除・支払猶予	円																								
		点	点	円	※ 高額療養費 円					※公費負担点数 点	※公費負担点数 点																		
上記のとおり治療し、その費用を受領したことを証明します。 令和 年 月 日 住 所 医師 医療機関名称 氏 名 (電話 - -)																													

(注) 1. 国民健康保険診療報酬明細書の記載要領によって記入してください。
2. ※印の箇所は記入しないでください。

(給518)