

大阪市国民健康保険療養費医科明細書

都道府 医療機関コード
 県番号

平成・令和 年 月 分

氏名	特記事項	保険者						給付割合	10 9 8	
		番号							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	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	再診	再診	×	回	
		外来管理加算	×	回	
		時間外	×	回	
		休日	×	回	
		深夜	×	回	
⑬	指導				
⑭	往診			回	
	夜間			回	
	深夜・緊急			回	
	在宅患者訪問診			回	
	在宅その他				
	薬				
⑳	②① 内服	薬剤調剤	×	単位回	
	②② 頓服	薬剤		単位	
	②③ 外用	薬剤調剤	×	単位回	
	②⑤ 処方		×	回	
	②⑥ 麻毒			回	
	②⑦ 調基			回	
㉑	③① 皮下筋肉内			回	
	③② 静脈内			回	
	③③ その他			回	
㉒	④ 処置	薬剤		回	
㉓	⑤ 麻酔	薬剤		回	
㉔	⑥ 検査	薬剤		回	
㉕	⑦ 画像診断	薬剤		回	
㉖	⑧ その他	処方せん		回	
		薬剤			

療養の給付	請求点	※ 決定点	一部負担金額	円
			減額 割(円)免除・支払猶予	
	公費①	点	点	円
給付	公費②	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。
 平成・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。