

様式第19号の(1) (第35条関係)

(医科)

診療内容証明書

診療期間	保険者名		被保険者氏名		(歳)		男
							女
傷病名	1	診療開始日	1	年	月	日	診療数
	2		2	年	月	日	
3	3		年	月	日	日	
診療内容	一		般		摘		要
							審査決定
初診	時間外 夜間			点			点
再診		回					
往診	普通・夜間・難路 暴風雨雪同一	km	回				
指導		回					
投薬	内服 一剤	日	分				
	二剤	日	分				
	頓服	回					
	外用	回					
注射	皮・筋	回					
	静・その他	回					
検査		回					
レゲン トン		回					
処置	点	回					
その他							
入院	入院料・学 入院医学科 管理科	月	日から	月	日まで		
食事療養	基準					円	
		円×	日間				
合計	療養の給付			点	決定	療養の給付	点
	食事療養			円		食事療養	円
	(標準負担額)			円			
薬剤一部負担金額				円			
上記のとおり証明いたします。							
年 月 日				保険医療機関等の名称			
				所在地			
				氏名			
				印			