

【領収書に診療明細（種目、点数等）の記載がない場合にお使い下さい】

国内診療内容明細書

神戸製鋼所健康保険組合 殿

受診者氏名		(生年月日)		傷病名								
		昭・平・令										
		年	月	日								
初診日		診療期間			実診療日数							
令和	年	月	日	自：令和	年	月	日	至：令和	年	月	日	日
転帰	全 治 ・ 治療中 ・ 軽 快 ・ 中 止 ・ 転 医 ・ 死 亡											
健康保険診療に 依らざる理由		非健康保険医 ・ 法定伝染病 ・ その他（ ）										

請 求 額 内 訳										健保審査欄						
種 目	回数・回数	単価	金額	備 考						点数	金額					
初診料			,								,					
再診療	回		,								,					
薬治療	内服薬	1剤 回	,								,					
		1剤 回	,								,					
	頓服薬	回	,								,					
	外用薬	回	,								,					
注射薬	皮下内		,								,					
	筋肉内		,								,					
	静脈内		,								,					
	動脈内		,								,					
手術料			,	手術名							,					
処置料			,								,					
検査料			,	検査名							,					
X線	撮 影	回	,	フィルムの 大きさ	大	四	四	六	八	断 層		,				
	透 視	回	,									,				
高価薬			,	薬品名 単位用量							,					
その他			,								,					
入院料			,	月 日～ 月 日 日間							,					
食事療養費			,								,					
同加算			,								,					
			,								,					
			,								,					
合 計										円	(1点10円)					
金額算出方法		保険点数× 円で計算 その他（ ）								給付決定金額						円
(お願い) ①高価薬を用いたときは、単位・薬名も記入してください。 ②注射等は、薬名・単位・濃度・用量・混合注射も記入してください。 ③X線撮影時は、使用フィルムの大きさも記入してください。																

上記のとおり証明します

令和 年 月 日

住 所：

医療機関名：

医師氏名：

電話（ ） —

(R3. 4改訂)