

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 至 自 年 年 月 月 日 日	保険者名				被保険者氏名		(歳)		男・女	
	傷病名	1 2 3			診療開始日	1 年 月 日 2 年 月 日 3 年 月 日	診療日数			日
	診 療 内 容			一 般		摘 要		審 査 決 定		
								一 般		
	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 二剤	日分 日分							
		屯服	回							
		外用	回							
	注射	皮・筋								
		静・その他	回 回 回							
	検査		回 回 回							
	レントゲン		回 回							
処置		点 点 点	回 回 回							
手術										
その他										
入院	入院料・入院 医学管理料	自 月 日 至 月 日								
食事療養	基 準									
		円× 日間								
合計	療 養 の 給 付				決 定 点 数					
					決 定 金 額					
計	入 院 時 食 事 療 養 費				決 定 金 額				円	
<p>上記のとおり証明いたします。 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">保険医療機関等の名称 所在地 氏 名</p>										

