

アフターケア
委託費請求内訳書

職員記入欄

領票種別 3 7 7 0 2	修正項目番号 	① 支払額 (百 万 千 百 十 円) 	
② アフターケア手帳番号 西暦年 所轄局 傷病番号 振出番号 枝番号 			
③ 診察年月日 元号 年 月 日 7平成 9令和 		④ 査定額 (百 万 千 百 十 円) + 増 - 減 	
⑤ 検査年月日 (健康診断年月日) 元号 年 月 日 7平成 9令和 		⑥ 増減理由 ⑦ 処理区分 ⑧ 決定年月日 9令和 	
⑨ 合計額 (イ)+(ロ) 		修正欄 	
受診者の氏名		病院等の名称	
対象となるアフターケア傷病コード		裏面の表の傷病コードを記入してください。	
病床数		床 前回の検査年月日 年 月 日	
診療内訳		診療内訳	
初診	時間外 回	初診	年 月 日 円
再診	時間外 回	再診	年 月 日 円
外来診療料	時間外 回	小計	(ロ) 円
保指健導		摘要	
投薬	内服薬剤 単位 回 調剤 単位 回 外用薬剤 単位 回 調剤 単位 回 処方 回 回 麻毒調基 回 回		
注射	皮下筋肉内 回 静脈内 回		
処置	薬剤 回		
麻酔	薬剤 回		
検査	薬剤 回		
画像診断	薬剤 回		
その他			
小計	点 (イ)	円	

指定病院等の番号		病院等の名称	
アフターケア手帳の番号		受診者の氏名	
受診年月日	年 月 日		

アフターケア委託費請求内訳書・続紙・

摘	要	(続)