

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 十 万 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 十 万 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 元 号 年 月 日 9 令和 	
⑨ 合計額 (イ)+(ロ) 百 万 十 万 万 千 百 十 円 		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	点数(点)
再診	時間外	回	点数(点)
外来	時間外	回	点数(点)
診療料	時間外	回	点数(点)
保指健導		金額	
		初診 年 月 日 円	
		再診 年 月 日 円	
		小 計 (ロ) 円	
投薬		摘要	
内服薬剤	調剤	単位	
屯服薬剤	調剤	単位	
外用薬剤	調剤	単位	
処方	調剤	回	
麻毒	調剤	回	
調基	調剤	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)