

- ・病院に記入依頼→(封緘した)診療報酬明細書でも代用可能
- ・C-7(1)療養費支給申請書で
 - ・保険証申請中
 - ・国保返還払い
 - ・他(保険証不携帯等)の申請する時に必要

用紙C-8号(令和05.05)

本 人	家 族	診 療 期 間 自 XX 年 XX 月 XX 日 至 XX 年 XX 月 XX 日	実日数 X 日	診療明細書	
氏 名	健保 太郎 昭平 XX 年 XX 月 (XX才)	傷病名	XXXXX		
11	初 診		回		
12	再 診		回		
	再 診 時 間 休 日 夜	× × × ×	回 回 回 回		
13	指 導				
20	投 薬				
	21 内服薬剤 22 内服調剤 23 外用薬剤 24 外用調剤 25 処方箋 26 麻 方 27 調 基	× × × ×	単 回 単 回 回 回		
30	注 射				
	31 皮下薬内 32 静 脈 内 33 その他		回 回 回		
40	処 方				
	処 方 手 薬 手 薬 手 薬		回 回 回		
60	検 査				
	検 査 検 査 検 査		回 回 回		
70	調 剤				
	調 剤 調 剤 調 剤		回 回 回		
80	他				
入 院	入院年月日	年 月 日			
院	入院料	×	日		
		×	日		
	入院時医学管理料	×	日		
		×	日		
	食 事	×	食		
		×	食		
請 求 点 数				点	
上記のとおり相違ないことを証明します。 XX 年 X 月 XX 日				査定額計	円
医療機関	所在地 名 称 担当医名 TEL	XXXXXXXXXX XXXXXXXXXX XXXXXXXXXX XXX (XXX) XXX			

この用紙すべて担当医(医療機関)に記入してもらってください
→加筆・訂正は担当医しかできません