

医療共済入院・手術療養証明書

			カルテ番号		
氏名		男 女	生年月日	年	月 日
疾病・傷病名	診療開始(初診)日		治療の状況		
	年 月 日		治癒 継続 中止		
	年 月 日		治癒 継続 中止		
	年 月 日		治癒 継続 中止		
入院の種類	① 一般疾病 ② 悪性新生物 ③ 一般傷害 ④ 交通事故傷害				
入院種類番号	入院期間			実入院日数	
	年 月 日～ 年 月 日			日間	
	年 月 日～ 年 月 日			日間	
	年 月 日～ 年 月 日			日間	
◇上記入院期間の初日より前の6月～5月までの1年間に入院・通院があった場合、日数をご記入ください。 ◇ただし入院・通院が6月～7月の場合は、その1年前の6月～5月までの入院・通院日数をご記入ください。			入院日数	通院日数	
			日間	日間	
上記入院期間の初日より前の6月1日～6月30日までに通院があった場合は、該当日に○印をご記入ください。			年6月		
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30					

(お願)訂正の場合、必ず証明者による訂正印をお願いします。

前医または 紹介医	有	医師名	初診日	医療機関名
	無	所在地	年 月 日頃	TEL() -

診療報酬点数800点以上のKコード・歯科Jコード手術とMコード放射線治療を実施した場合はご記入ください。

手術見舞金	①検査・処置は含みません。②枝番・項番までご記入ください。③診療報酬点数に加算点数は含めず表記してください。						
今回の傷病に関して 実施した	K・歯科J	コード番号	枝番	項番	診療報酬点数	手術名	実施年月日
Kコード	(K・J)				点		年 月 日
歯科Jコード	(K・J)				点		年 月 日
診療報酬点数	(K・J)				点		年 月 日
Mコード	(K・J)				点		年 月 日
(放射線照射)については裏面にご記入ください。	(K・J)				点		年 月 日
	(K・J)				点		年 月 日

上記のとおり証明いたします。

年 月 日

病院住所
病院名
診療科目
電話番号
医師名

印

Mコード(放射線照射)

※放射線照射で複数回の一連の照射をおこなった場合、Mコードの1回の点数と回数をご記入ください。

Mコード	コード番号	枝番	項番	実施期間と回数	月 回、 月 回、 月 回
治療名					
診療報酬点数	点× 回			年 月 日～ 年 月 日	
Mコード	コード番号	枝番	項番	実施期間と回数	月 回、 月 回、 月 回
治療名					
診療報酬点数	点× 回			年 月 日～ 年 月 日	
Mコード	コード番号	枝番	項番	実施期間と回数	月 回、 月 回、 月 回
治療名					
診療報酬点数	点× 回			年 月 日～ 年 月 日	
Mコード	コード番号	枝番	項番	実施期間と回数	月 回、 月 回、 月 回
治療名					
診療報酬点数	点× 回			年 月 日～ 年 月 日	