

診療録

200円

No. 00069

| | |
|-----|-----|
| 給付率 | 7割 |
| | 8割 |
| | 9割 |
| | 10割 |

| | | | | | | |
|-----|----|----|----|-----|-----|-----|
| 保険証 | 1/ | 2/ | 3/ | 4/ | 5/ | 6/ |
| 証明 | 7/ | 8/ | 9/ | 10/ | 11/ | 12/ |

| | | | | | | | | |
|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 公費負担者番号 | 4 | 5 | 2 | 6 | 0 | 0 | 1 | 2 |
|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|

| | | | | | | | | |
|----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 保険者番号 (退職者) | 0 | 1 | 2 | 6 | 0 | 0 | 1 | 7 |
|----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|

| | | | | | | | |
|------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| 公費負担医療の 受給者番号 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|------------------|---|---|---|---|---|---|---|

| | | | | | | | | | | | |
|-------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 被保険者 被保険者手帳 記号・番号 | 1 | 2 | 3 | 4 | ・ | 1 | 2 | 5 | 6 | 4 | 8 |
|-------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| | | | | |
|-----|------|---|-----------------------|-----|
| 受診者 | 氏名 | ショウニ ケンジ 小児 健二 | | 2才 |
| | 生年月日 | 明昭大 | 24年12月24日生 | 男・女 |
| | 住所 | 〒612-0006 伏見区深草上横縄町1 (電話 075-622-7385 090-0000-0000) | | |
| | 職業 | | 被保険者 (世帯主) との続柄 | |

| | | | | |
|-------------------|----------|--------------------------------------|---|---|
| 有効期限 | 平成 | 年 | 月 | 日 |
| 被保険者氏名 (世帯主氏名) | 小児 健 | | | |
| 資格取得 | 昭和 平成 | 年 | 月 | 日 |
| 事業所 (船舶所有者) | 所在地 | (電話) | | |
| | 名称 | | | |
| 保険者 | 所在地 | 京都市中京区烏丸通六角下ル七観 (電話 075-256-8630) | | |
| | 名称 | 全国健康保険協会京都支部 | | |

業務災害又は通勤災害の疑いがある場合は、その旨

| 傷病名 | 職務 | 開始 | 終了 | 転帰 | 期間満了予定日 |
|--------|-----|--------|-----|----------|---------|
| 扁桃炎 | 上・外 | 10月15日 | 27年 | 治ゆ・死亡・中止 | 年月日 |
| 急性上気道炎 | 上・外 | 10月15日 | 27年 | 治ゆ・死亡・中止 | 年月日 |
| | 上・外 | 年月日 | 年月日 | 治ゆ・死亡・中止 | 年月日 |
| | 上・外 | 年月日 | 年月日 | 治ゆ・死亡・中止 | 年月日 |
| | 上・外 | 年月日 | 年月日 | 治ゆ・死亡・中止 | 年月日 |
| | 上・外 | 年月日 | 年月日 | 治ゆ・死亡・中止 | 年月日 |
| | 上・外 | 年月日 | 年月日 | 治ゆ・死亡・中止 | 年月日 |
| | 上・外 | 年月日 | 年月日 | 治ゆ・死亡・中止 | 年月日 |
| | 上・外 | 年月日 | 年月日 | 治ゆ・死亡・中止 | 年月日 |
| | 上・外 | 年月日 | 年月日 | 治ゆ・死亡・中止 | 年月日 |
| | 上・外 | 年月日 | 年月日 | 治ゆ・死亡・中止 | 年月日 |
| | 上・外 | 年月日 | 年月日 | 治ゆ・死亡・中止 | 年月日 |

| 傷病名 | 労務不能に関する意見 | | 入院期間 |
|-----|----------------------|-------|----------------------|
| | 意見書に記入した労務不能期間 | 意見書交付 | |
| | 自 月 日 日間 至 月 日 日間 | 年 月 日 | 自 月 日 日間 至 月 日 日間 |
| | 自 月 日 日間 至 月 日 日間 | 年 月 日 | 自 月 日 日間 至 月 日 日間 |

アレルギー 無・有 薬物 (), 食物 (), その他 ()

| | | | | | | | | |
|----|------|-------|--|--|--|--|--|--|
| 備考 | 第2公費 | 負担者番号 | | | | | | |
| | | 受給者番号 | | | | | | |