

症状経過及び日計表等に係る提出状況

No. /
※4

令和 年 月 日提出

神奈川県国民健康保険団体連合会 様

保険医療機関番号		DPC		
保険医療機関名称		※1	診療科	※2

No.	診療月	保険者番号	患者氏名	被保険者証番号	制度別	請求点数	備考 ※3
1					国・退・後		症・日・そ
2					国・退・後		症・日・そ
3					国・退・後		症・日・そ
4					国・退・後		症・日・そ
5					国・退・後		症・日・そ
6					国・退・後		症・日・そ
7					国・退・後		症・日・そ
8					国・退・後		症・日・そ
9					国・退・後		症・日・そ
10					国・退・後		症・日・そ
11					国・退・後		症・日・そ
12					国・退・後		症・日・そ
13					国・退・後		症・日・そ
14					国・退・後		症・日・そ
15					国・退・後		症・日・そ
16					国・退・後		症・日・そ
17					国・退・後		症・日・そ
18					国・退・後		症・日・そ
19					国・退・後		症・日・そ
20					国・退・後		症・日・そ
21					国・退・後		症・日・そ
22					国・退・後		症・日・そ
23					国・退・後		症・日・そ
24					国・退・後		症・日・そ
25					国・退・後		症・日・そ
26					国・退・後		症・日・そ
27					国・退・後		症・日・そ
28					国・退・後		症・日・そ
29					国・退・後		症・日・そ
30					国・退・後		症・日・そ

- 【注】 ※1 DPCに該当する場合は、この欄に (レ) チェック。
 ※2 診療科を記入。
 ※3 備考には、症状経過・日計表及びその他等該当に○印。
 ※4 複数枚になる場合は、何枚目／総枚数を記入。

国保連合会受付印