

【医療機関名】

回答日：令和 年 月 日

【所在地】

【TEL】

担当者：

(印不要)

---

簡易回答様式（チェック式）〈療養費審査用・医科〉

---

■ 1. 受診者情報

氏名： 生年月日： 年 月 日

受診日：令和 年 月 日 診療区分：外来・入院（該当を○）

■ 2. 貴院カルテに基づく情報（該当箇所に✓）

【A. 傷病名】

記載あり（ ）  記載なし（異常所見なし）

【B. 発病（負傷）年月日】

記載あり：令和 年 月 日  記載なし  当日診断（当日が発病日相当）

【C. 当日の所見】

発熱・炎症所見あり  外傷あり  その他（ ）   
異常所見なし

【D. 当日の診療内容（分かる範囲で）】

初・再診料  検査  処置  投薬／処方  その他  
（ ）

【E. 自費会計とした理由】  保険証不携帯  資格確認不可  その他  
（ ）

【F. 本件が保険診療に該当し得るか】  はい  いいえ  判断困難

---

※ 本確認は、健康保険法施行規則第 66 条第 1 項第 3 号に基づき、療養費審査に必要な情報（傷病名・原因・発病（負傷）年月日・傷病の経過）を確認する目的のみに使用します。可能な範囲で簡便にご記入ください。