

年 月 日

## アフターケア委託費請求総括表

指定病院等の番号

住 所

医療機関名

代表者氏名

⑩

電 話 ( )

	受診者の氏名	診察月	金 額	備 考
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

1. アフターケアの対象者は「健康管理手帳」が交付されている患者です。
2. 「アフターケア委託費請求内訳書」については、1回の診察ごとに1枚の内訳書を作成してください。
3. 総括表の記入については、内訳書ごとの記入となります。(内訳書1枚につき、1行の記入)
4. 労災診療費請求書等とは区別してください。