

【医療機関で抗原検査を行った場合の証明書類例】

No. 128266

診療費明細書

1 頁

診療日 令和 7 年 9 月 30 日 内科

発行日 令和 7 年 9 月 30 日

氏名 情報 太郎 様

保険種類 国保

患者番号 0000016382

負担割合 3 割

診療区分	名称	点数	日・回	合計
初-再診料	* 初診料 * 外来感染対策向上加算（初診） * 発熱患者等対応加算（初診） * 医療情報取得加算（初診）			
投 薬	* 処方箋料（リフィル以外・その			
	* 一般処方加算 1（処方箋料）			
検 査	* 鼻腔・咽頭拭い液採取 * SARS-CoV-2 抗原定性			

氏名・検査の日付・医療機関名がある
書類と一緒に、コロナウイルスが
陽性となった検査キットを撮影する

油性のペンで検査日・氏名を記入

コロナを検査したことが分かる書類と
一緒に検査キットを撮影する



医療機関で検査をする際に
「陽性の場合は検査キットをください」
と伝えてください。

千葉県千葉市若葉区御成台 4-1

東京情報クリニック

電話 043-236-〇〇〇〇