

領収(診療)明細書

令和 年 月 分

(自費診療の場合)

★この領収明細書に記載されている個人情報(支給決定)のみ利用し、第三者には提供いたしません。
 ★歯科診療に関する申請のときは、別の領収明細書を添付してください。
 ★「領収明細書」は、暦月ごと、入院・通院ごとに作成してください。
 ★投薬・注射等においては、薬名、濃度、使用量、処置においては、種類、傷の大きさ等について詳細に記入してください。

患者名	フリガナ			傷病名				
初診	時間外・休日・深夜	回	点	診療期間 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで				
再診	再診	×	回	診療実日数 日				
	外来管理加算	×	回					
	時間外	×	回					
	休日	×	回					
指導	深夜	×	回					
	在宅							
	往診	×	回					
	夜間	×	回					
在宅	深夜・緊急	×	回					
	在宅患者訪問診療	×	回					
	その他							
	薬剤							
投薬	内服	薬剤	単位					
		調剤	×					回
	外用	薬剤	単位					
		調剤	×					回
注射	処方	×	回					
	麻毒							
	調基							
	その他							
処置	皮下筋肉内			回	入院年月日 令和 年 月 日			
	静脈内			回				
手術	その他			回	入院	入院基本料・加算		
	薬剤			回		一般	×	日
麻酔	薬剤			回		録管	×	日
	薬剤			回		臨修	×	日
検査	薬剤			回	栄管	×	日	
	薬剤			回	褥管	×	日	
画像	薬剤			回	特定入院料・その他			
	薬剤			回	食事	基準 I	円 ×	回
その他	処方箋	×	回	特		円 ×	回	
	薬剤			回	食堂	円 ×	日	
療養の給付	請求点数			点	薬剤一部負担金		一部負担額	
				円	円		円	
上記のとおり(領収・診療)いたしました。				令和 年 月 日				
医療機関所在地								
医療機関名								
医師氏名								

健康保険証	記号	番号
-------	----	----

*組合決定	円
-------	---