

# 医療費領収明細書

入院外

被保険者証 記号・番号		40																		( ) 床	
氏名			男・女		年生		診療期間			年 月 日		年 月 日		日から		日まで					
傷病名		(1) (2) (3)		診療開始日		(1) (2) (3)		年 月 日		年 月 日		年 月 日		転 治 ゆ 死 亡 中 止		診療実日数				日	
初診		時間外・休日・深夜		回		点		※		点		摘		要							
再診		再診		×		回															
再診		外来管理加算		×		回															
再診		時間外		×		回															
再診		休日		×		回															
再診		深夜		×		回															
指導																					
在宅		往診				回															
在宅		夜間				回															
在宅		深夜・緊急				回															
在宅		在宅患者訪問診療				回															
在宅		その他																			
在宅		薬剤																			
投薬		内服 { 薬剤 調剤		×		単位 回															
投薬		屯服 薬剤				単位															
投薬		外服 { 薬剤 調剤		×		単位 回															
投薬		処方 麻調		×		回															
注射		皮下				回															
注射		筋肉内				回															
注射		静脈内				回															
注射		その他				回															
処置		薬剤				回															
手麻酔		薬剤				回															
検査		薬剤				回															
画診 像断		薬剤				回															
その他		処方せん 薬剤				回															
合計				点		薬剤一部負担金額		年		円		受領額		円							
上記のとおり診療を行い、その料金を領収いたしました。(領収日 年 月 日)																					
住所 医師 氏名 電話番号 ( )																					

(投薬注射の量名及び検査内容を記入して下さい。)

3 2 1 国民健康保険診療報酬明細書の記載方にならぬ記入して下さい。  
 ※印の欄は、記入しないで下さい。  
 入院は、裏面にあります。