

# 医療費領収明細書

入院外

被保険者証番号 40

氏名 \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_ 昭和 \_\_\_\_\_ 年生 診療期間 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日まで

傷病名 (1) \_\_\_\_\_ (2) \_\_\_\_\_ (3) \_\_\_\_\_ 診療開始日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 転帰 \_\_\_\_\_ 治ゆ \_\_\_\_\_ 死亡 \_\_\_\_\_ 中止 \_\_\_\_\_ 診療実日数 \_\_\_\_\_ 日

初診 時間外・休日・深夜 回数 \_\_\_\_\_ 点 \_\_\_\_\_ ※ \_\_\_\_\_ 点 \_\_\_\_\_ 摘要 \_\_\_\_\_

投	再診 外来管理加算 時間外 休日深夜	×	×	×	×	回 回 回 回				(投薬注射の量名及び検査内容を記入してください。)	
指	導										
投	往診 夜間 深夜・緊急 在宅患者訪問診察 その他 薬剤					回 回 回 回					
投	内服 { 薬剤 調剤 頓服 薬剤 外服 { 薬剤 調剤 処方 麻毒 調基			×		× × × ×	単位 回 単位 回 単位 回 回				
注	射	皮下筋肉内 静脈内 その他				回 回 回					
処	置	薬剤				回					
手	術	麻酔				回					
検	査	薬剤				回					
画	診	断				回					
そ	の	他				回 回					
合	計					点	薬剤一部負担金 年	円	受領金額		円

公費負担額  
(適用法)

円

上記のとおり診療を行い、その金額を領収いたしました。(領収日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)  
平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

住所  
医師 氏名 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_ ( ) ④

注意  
3 2 1 国民健康保険の記載方にならない記入してください。  
※印の欄は、記入しないで下さい。  
入院外は、裏面にあります。