

医療費領収明細書

入院

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 _____ (1) _____ 年 _____ 月 _____ 日 (2) _____ 年 _____ 月 _____ 日 (3) _____ 年 _____ 月 _____ 日 転院 _____ 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 _____

指導 _____

在宅 _____

投薬	内服 頓服 外用 調剤 麻毒 調基	単位 単位 単位 日 日	
----	----------------------------------	--------------------------	--

注射	皮下筋肉内 静脈内 その他	回 回 回	
----	---------------------	-------------	--

処置	薬剤	回	
----	----	---	--

手術	薬剤	回	
----	----	---	--

検査	薬剤	回	
----	----	---	--

画像診断	薬剤	回	
------	----	---	--

その他	薬剤		
-----	----	--	--

入院	入院年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日		
----	-------------------------------	--	--

病診衣	入院料 _____ 点		
-----	-------------	--	--

		× 日間 × 日間 × 日間	
--	--	----------------------	--

	入院時医学管理料	× 日間 × 日間 × 日間	
--	----------	----------------------	--

院	特定入院料・その他		
---	-----------	--	--

		円× 円× 円×	今日入院年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
--	--	----------------	---------------------------------

			外来時一部負担金 _____ 円
--	--	--	------------------

			減・免・年・2月超・認・3月超
--	--	--	-----------------

給療養付の	請求 _____ 点	※決定 _____ 点	食事療養 _____ 円	負担金額 _____ 円	請求 _____ 円	※決定 _____ 円	(標準負担額) _____ 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)

住所 _____
医師 氏名 _____ 電話番号 (_____)

321 国民健康保険診療報酬明細書の記載方になります。入院外は、裏面にあります。

(投薬注射の量名及び検査内容を記入してください。)