

領 収 (診 療) 明 細 書

患者氏名(生年月日)	傷病名	診療期間	診療実日数
(明・大・昭・平 . .)		平成 年 月 日から	日
		平成 年 月 日まで	

※治療用装具を装着した場合、国民健康保険等へ無資格期間に係る医療費を返納した場合の療養費支給申請には、この証明は必要ありません。

	診療の内訳	単価	金額	薬名、用量等の明細
診察料	初診・時間外・深夜()			
	再診 { 時間内 回数			
	再診 { 時間外 回数			
	再診 { 深夜 ()加算 回数			
投薬料	往診 { 普通 回数			
	往診 { ()加算 回数			
	外来分 { 内服 { 調薬 回数 剤単位			
	外来分 { 屯服 { 調薬 回数 剤単位			
注射料	外来分 { 外用 { 調薬 回数 剤単位			
	入院分 { 内服 { 調薬 回数 剤単位			
	入院分 { 屯服 { 調薬 回数 剤単位			
	入院分 { 外用 { 調薬 回数 剤単位			
処置料及 手術料	皮下筋肉内	回		
	静脈内	回		
検査料及び レントゲン料	その他	回		
		回		
入院料	入院期間			普通給食 有・無 備考 基食 入院日 年 月 日より 基寝 看1類 看2類 看3類 その他の加算内訳
	年 月 日から 日間 年 月 日まで			
療養に要した費用の合計			円	

◎この用紙へ直接記入することに代えて、診療報酬明細書等の用紙により証明書を作成しても差し支えありません。
なお、その証明書には、医療機関の名称、所在地、医師の氏名・印が表示されていることが必要です。

上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。

平成 年 月 日

医療機関の所在地
医療機関の名称
医師の氏名・印
連絡先の電話番号

印