

領収（診療）明細書（医科・調剤用）

（※自費で診療を受けたとき療養費支給申請書に添付して下さい。）

《診療機関へのお願い》下記項目の保険診療分の記入をお願いします。

| | | | | | |
|--|----------------------------|--|------------------|--|--|
| 患者名 | 男 ・ 女 | 傷病名 | | | |
| 診療の内訳 | | 診療開始日 | 年 月 日 | | |
| 初診 | 時間外 休日 深夜 | 診療実日数 | 日 | | |
| | | 内容 | 入院・入院外・調剤 1点単価 円 | | |
| 投薬 | 内服 一剤投与 日分 円 二剤投与 日分 円 | <p style="text-align: center;">摘 要</p> <p>* 診療の内容について、検査・薬品名等を具体的に記載して下さい。</p> | | | |
| | 屯服 回 円 | | | | |
| | 外用 回 円 | | | | |
| | 調剤 回 円 | | | | |
| | 麻毒調基 回 円 | | | | |
| 注射 | 皮下筋肉内 回 円 | | | | |
| | 静脈内 回 円 | | | | |
| | その他 回 円 | | | | |
| 処置 | 回 円 | | | | |
| | 薬剤 回 円 | | | | |
| 手術料 | 手術名 回 円 | | | | |
| | 回 円 | | | | |
| 検査 | 回 円 | | | | |
| | | | | | |
| 画像診断 | 回 円 | | | | |
| | 薬剤 回 円 | | | | |
| その他 | 回 円 | | | | |
| | 薬剤 回 円 | | | | |
| 入院料 | 入院期間 年 月 日から 年 月 日まで | | | | |
| | 円 | | | | |
| 食事料 | 円 × 日間 (うち保険外 円) | | | | |
| | 円 | | | | |
| 合計 | | 円 | | | |
| 領収済額 | | 円 | | | |
| <p>上記のとおり領収（診療）いたしました。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">所在地</p> <p style="text-align: right;">医療機関 名称</p> <p style="text-align: right;">医師氏名</p> <p style="text-align: right;">電話 ()</p> | | | | | |

備考 この明細書は、歯科医師以外の医師から診療を受け、またはこれらの医師の処方箋に基づいて薬局から調剤を受けた場合に用いて下さい。