

領収（請求）明細書

（ 月 日から 月 日までの分）

（注）

4. 3. 2. 1. 領収（請求）明細書の記載は診療報酬請求明細書に準じて記載して下さい。
 領収（請求）明細書にかえて診療報酬請求明細書を使用しても差し支えありません。
 保険薬局は、領収（請求）明細書にかえて調剤報酬請求明細書を使用して下さい。
 入院の場合の部屋代の差額等は記載しないで下さい。

氏名	本人		男	明大昭平	職務上外の別	上・外				
	家族		女							
傷病名	(1)	診療開始日	(1)	年	月	日	診療実日数			
	(2)		(2)	年	月	日	日			
	(3)		(3)	年	月	日	転	帰		
							治ゆ	死亡	中止	
①	初診	時間外・休日・深夜	回	点						
②	再診	再診	×	回						
③	外来管理加算		×	回						
④	再診	時間外	×	回						
		休日	×	回						
		深夜	×	回						
⑤	指導									
⑥	投薬	①内服	薬剤 調剤	×	単位					
		回								
		②屯服	薬剤 調剤	×	単位					
		回								
		③外用	薬剤 調剤	×	単位					
		回								
④処方			回							
⑤麻毒			回							
⑥調基			回							
⑦	注射	①皮下筋肉内		回						
		②静脈内		回						
		③その他		回						
⑧	処置	薬剤		回						
⑨	手術麻酔	薬剤		回						
⑩	検査	薬剤		回						
⑪	画像診断	薬剤		回						
⑫	その他	薬剤		回						
⑬	入院	入院年月日	年	月	日					
		病診衣	入	×	日間	点				
			入院料	×	日間					
			入院時医学管理料	×	日間					
				×	日間					
				×	日間					
	特定入院料・その他									
⑭	食事	基準			請	求	決	定	負担金額	備考
		円×	日間	点	※	点			認・3月超	
		円×	日間							
		円×	日間							
		円×	日間		日	円	※	円	円	
		※高額療養費	点							

上記明細書のとおり金

円を領収しました。

平成 年 月 日

医療機関の所在地

名称

医師氏名