

【医師が証明する書類】

領収(診療)明細書  
【医 科】

(平成/令和 年 月診療分)

患者名		傷病名	
診療期間 (自)	年 月 日	(至)	年 月 日
診療実日数		日間	

入院外				入院				
初診	時間外・休日・深夜	回	点	初診	時間外・休日・深夜	回	点	
再診	再診	×	回	投薬	内服		単位	
	外来管理加算	×	回		屯服		単位	
	時間外	×	回		外用		単位	
	休日	×	回		調剤		日	
	深夜	×	回		麻毒		日	
指導				調基				
在宅	往診		回	注射	皮下筋肉内		回	
	夜間		回		静脈内		回	
	深夜・緊急		回		その他		回	
	在宅患者訪問診療		回	処置	薬剤		回	
	その他		回		手術・麻酔		回	
投薬	内服	薬剤	単位	検査	薬剤		回	
	調剤		×		回	画像診断	薬剤	
	屯服	薬剤	単位	その他	薬剤			回
	外用		調剤		×	回	入院年月日	年
	処方	×		回	病診衣	×		日間
	麻毒		回	入院料		×	日間	
	調基		回		入院時医学管理	×	日間	
注射	皮下筋肉内		回	特定入院料・その他		×	日間	
	静脈内		回		×	日間		
	その他		回	基準	円×	日間		
処置	薬剤		回		食事	円×	日間	
	麻酔・手術	薬剤		回		円×	日間	
検査	薬剤		回	その他	円×	日間		
	薬剤		回		円×	日間		
画像診断	薬剤		回	合計	円 (1点 円計算)			
	処方せん	×	回					
その他	薬剤		回					
	薬剤		回					
合計		円 (1点 円計算)		合計		円 (1点 円計算)		

(備考)すでに申請の対象となる費用について領収証明を発行しているときは、「領収」の字句を消し、診療明細書として所定の事項を記入してください。  
 (添付書類についての注意)  
 1 歯科診療に関する申請のときは、別の診療明細書をつけてください。  
 2 輸血に関する申請のときは、輸血を必要と認めた医療担当者の証明および「血液代金の領収証書」をつけてください。  
 3 コルセット・ギブス・義肢等に関する申請のときは、それらの装着が傷病の治療のため必要と認められる医療担当者の証明書および実費についての領収証書及び明細書をつけてください。

上記のとおり領収(診療)いたしました。

令和 年 月 日

医療機関の住所  
 医療機関の名称  
 医療機関の電話番号  
 担当医師氏名

