

平成 年 月分
領収（診療）明細書

患者氏名		性別	男・女	生年月日	昭和 平成	年	月	日
傷病名	(1) (2) (3)	診療期間		平成 年 月 日から 年 月 日まで (診療実日数) 日				
入院外				入院				
初診	時間外・休日・深夜		回	初診	時間外・休日・深夜		回	
再診	再来 管理 時間 診算 加算 外日 夜	×	回	投薬	内 屯 外 調 麻 調	服 服 用 剤 毒 基	単 位 単 位 単 位 日 日	
指導				注射	皮 下 筋 肉 内 静 脈 の 他		回 回 回	
在宅	往 夜 深 夜 在 宅 患 者 訪 問 診 療 の 他 剤	診 間 急 急 診 の 他 剤	回 回 回 回	処置	薬 剤		回 回	
投薬	内服 { 薬 剤 調 剤 屯服 薬 剤 外用 { 薬 剤 調 剤 処方 麻 毒 調 基	×	単 位 回	手術・ 麻酔	薬 剤		回 回	
		×	単 位 回	検査	薬 剤		回 回	
		×	回 回	画像 診断	薬 剤		回 回	
注射	皮 下 筋 肉 内 静 脈 の 他		回 回 回	入院	入院年月日 年 月 日			
処置	薬 剤	回 回	病 診 衣		入院料	×	日 間 日 間 日 間	
手術・ 麻酔	薬 剤	回 回			医学 管 理 料 時	×	日 間 日 間 日 間	
検査	薬 剤	回 回	特定入院料 ・その他					
画像 診断	薬 剤		回 回	食事	基 準			
その他	処 方 せ ん 薬 剤	×	回 回		円 × 円 × 円 × 円 ×	日 間 日 間 日 間		
合計			円	合計	円			

医療機関の方へ
⑤④③②①
領収（診療）明細書は、診療の対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。
③ 歯科診療並びに調剤に関する証明は別紙にて作成してください。
④ コルセット等の治療用器具に関する申請のときは、「医師の意見書」及び「実費についての領収書」を作成してください。
⑤ 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書」および「血液代金の領収証書」を作成してください。

上記のとおり領収（診療）いたしました。
平成 年 月 日
医療機関名
医療機関所在地
医師の氏名

