

※この《診療（領収）明細書》は医療機関にて記入いただく書類です。

【記入上の注意】・この明細書は診療報酬明細書に準じて記載して下さい。

・別途「診療報酬明細書」を添付するときにはこの明細書を記入する必要ありません。

《 診 療（ 領 収 ） 明 細 書 》

医療機関用

患者氏名				傷病名			
生年月日		昭・平 年 月 日					
診療期間		平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで			実日数	日	
診 療 の 内 訳				点 ・ 円	薬 名 、 使 用 量 等 の 明 細		
11 初診	時間外・休日・深夜 回						
12 再診	× 回						
	外来管理加算 × 回						
	時間外・休日・深夜 × 回						
13 医学管理							
14 在宅	往 診 回						
20 投薬	21 内服薬剤 単						
	内服調剤 × 回						
	22 頓服薬剤 単						
	23 外用薬剤 単						
	外用調剤 × 回						
	25 処 方 × 回						
	26 麻 毒 回						
27 調 基							
30 注射	31 皮下筋肉内 回						
	32 静 脈 内 回						
	33 そ の 他 回						
40 処置	回						
		薬 剤					
50 手術麻酔	回						
		薬 剤					
60 検査	回						
		薬 剤					
70 画像診断	回						
		薬 剤					
80 その他	回						
		処方箋					
90 入院	入院年月日 年 月 日						
	90 入院基本料・加算						
	× 日						
	× 日						
	× 日						
		× 日					
		92 特定入院料・その他					
97 食事・生活	基準 円 × 回						
	特別 円 × 回						
	食堂 円 × 日						
	環境 円 × 日						
	基 準（生） 円 × 回			食事・生活療養	回 数	請 求（円）	
	特 別（生） 円 × 回						
	減 ・ 免 ・ 猶 ・ I ・ II ・ 3月超						
合 計		円			※ 1点（ ）円の計算による		

上記のとおり診療（領収）いたしました。 平成 年 月 日

医療機関の所在地

名 称

医師の氏名・印

☎ 連絡先TEL（ ） —