

# 領収(診療)明細書

(備考) (添付書類) すでに申請の対象となる費用については、領収証明を発行しているときは、「領収」の文字を消し、「診療明細書」として所定の事項を記入して下さい。

(1) 歯科診療に関する申請のときは、別の領収証書をつけて下さい。  
 (2) 輸血に関する申請のときは、「輸血を必要と認められた医療担当者の証明書」及び「血液代金の領収証書」をつけて下さい。  
 (3) コルセット・ギブス・義肢等に関する申請のときは、「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」及び「実費についての領収証書」をつけて下さい。  
 (4) 海外における療養費の申請のときは、「診療内容明細書」及び「領収明細書」をつけて下さい。  
 なお、証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付して下さい。

患者名					傷病名												
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	再診	×	回	回	投薬	内服	×	単位	回	注射	皮下筋肉内	×	回				
	外来管理加算	×	回	回		内服	×	単位	回		静脈内	×	回				
	時間外	×	回	回		外用	×	単位	回		その他	×	回				
	休日	×	回	回		処置	×	単位	回		薬剤	×	回				
	深夜	×	回	回	手術・麻酔	×	単位	回	検査	×	回	回					
指導					回	薬剤	×	単位	回	画像診断	×	回	回				
在宅	往診	×	回	回	投薬	内服	×	単位	画診	×	回	回					
	夜間	×	回	回		外用	×	単位		回	その他	×	回	回			
	深夜・緊急	×	回	回	処方	×	単位	回	入院	入院年月日			年	月	日		
	在宅患者訪問診療	×	回	回	麻毒	×	単位	回		病診衣	×	日間	×	日間	×	日間	
	その他	×	回	回	調剤	×	単位	回	入院料	×	日間	×	日間	×	日間		
	薬剤	×	回	回	手術・麻酔	×	単位	回	医学管理料	×	日間	×	日間	×	日間		
	内服	×	回	回	検査	×	単位	回	特定入院料・その他	×	日間	×	日間	×	日間		
	外用	×	回	回	画診	×	単位	回	食事	基準	×	日間	×	日間	×	日間	
	処方	×	回	回	その他	×	単位	回		円	×	日間	円	×	日間	円	×
	麻毒	×	回	回	合計				円	×	日間	円	×	日間	円	×	日間
	調剤	×	回	回					円	×	日間	円	×	日間	円	×	日間
	注射	×	回	回					円	×	日間	円	×	日間	円	×	日間
	処置	×	回	回					円	×	日間	円	×	日間	円	×	日間
	手術・麻酔	×	回	回					円	×	日間	円	×	日間	円	×	日間
	検査	×	回	回					円	×	日間	円	×	日間	円	×	日間
	画像診断	×	回	回					円	×	日間	円	×	日間	円	×	日間
	その他	×	回	回					円	×	日間	円	×	日間	円	×	日間
	合計								円	×	日間	円	×	日間	円	×	日間

上記のとおり領収(診療)いたしました。

平成 年 月 日

医師の 住所  
氏名

(印)

社会保険労務士の提出  
代行者印