

領 収 (診 療) 明 細 書 (入 院)

医師が証明する欄

立替払い用

患者氏名		性別	男・女	生年月日	昭・平・令	年	月	日	
傷病名	(1) (2) (3)	診療期間			平・令	年	月	日から	
					平・令	年	月	日まで	
					(診療実日数) 日				
初診	時間外・休日・深夜	回	点	公費分点数					
再診	再診	×	回						
	外来管理加算	×	回						
	時間外	×	回						
	休日	×	回						
	深夜	×	回						
医学管理									
在宅	往診		回						
	夜間		回						
	深夜・緊急		回						
	在宅患者訪問診療 その他 薬剤		回						
投薬	内服	薬調剤 ×	単位	回					
	屯服	薬調剤	単位	回					
	外服	薬調剤 ×	単位	回					
	処方毒基	薬調剤 ×	単位	回					
注射	皮下		回						
	筋肉内		回						
	静脈内 その他		回						
処置	薬剤		回						
手術	麻酔	薬剤		回					
検査	薬剤		回						
画像断	薬剤		回						
その他	処方せん		回						
	薬剤		回						
入院	入院年月日		年	月	日				
	病	診	入院基本料・加算		点				
			×	日間					
			×	日間					
			×	日間					
			×	日間					
	特定入院料・その他								
					食事・生活	基準	円	×	回
						特別	円	×	回
						食事	円	×	日
						環境	円	×	日
					基準(生)		円	×	回
					特別(生)		円	×	回
					減・免・猶・I・II・3月超				円
					合計	減額 割(円) 免除・支払猶予 (上記のうち公費負担額) 円			

(備考) すでに申請の対象となる費用については、『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。

上記のとおり領収(診療)いたしました。

令和 年 月 日

医療機関の所在地
医療機関の名称
医療機関の電話番号
医師の氏名

