

領収（診療）明細書 【 医 科 外 来 】

（備考）すでに申請の対象となる費用について領収書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ください。

| | | | | | | | |
|---------------------|-----------------------|------|-----|------------------------------------|----------------|----|--|
| 患者氏名 | | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 昭和・平成・令和 年 月 日 | | |
| 傷病名 | (1) (2) (3) | 診療期間 | | 年 月 日から 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 調基 | | 回 | | | | |
| 投薬 | 内服 | 薬剤 | × | | | 単位 | |
| | 外用 | 調剤 | | | | 回 | |
| | 外用 | 薬剤 | | | | 単位 | |
| | 外用 | 調剤 | × | | | 回 | |
| | 処方 | 麻毒調基 | × | | | 回 | |
| 注射 | 皮下筋肉内 | | 回 | | | | |
| | 静脈内 | | 回 | | | | |
| | その他 | | 回 | | | | |
| 処置 | 薬剤 | | 回 | | | | |
| 手麻酔 | 薬剤 | | 回 | | | | |
| 検査 | 薬剤 | | 回 | | | | |
| 画像断 | 薬剤 | | 回 | | | | |
| その他 | 処方せん 薬剤 | | 回 | | | | |
| 上記のとおり領収（診療）いたしました。 | | | | 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 | | | | (印) | | | |
| 合計 | | | | 円 | | | |
| | | | | 減額 割 (円) 免除・支払猶予 (上記のうち公費負担額 円) | | | |