

## 療養費領収（請求）明細書

|             |   |      |       |  |       |
|-------------|---|------|-------|--|-------|
| 査<br>定<br>額 | 円 | 常務理事 | 事 務 長 |  | 担 当 者 |
|             |   |      |       |  |       |

|                                      |                |  |  |                                            |  |                |        |               |  |                                      |                 |  |                                                                                                                                       |                                                     |                             |     |                    |  |   |  |
|--------------------------------------|----------------|--|--|--------------------------------------------|--|----------------|--------|---------------|--|--------------------------------------|-----------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------|-----|--------------------|--|---|--|
| 被保険者証の<br>記号及び番号                     |                |  |  |                                            |  | 第            号 |        | 患者の<br>氏    名 |  |                                      |                 |  |                                                                                                                                       | 男・<br>女                                             | 生年<br>月日                    | 昭平令 | 年        月      日生 |  |   |  |
| 傷    病    名                          |                |  |  |                                            |  |                |        |               |  |                                      | 診    療<br>開 始 日 |  | 年        月      日                                                                                                                     |                                                     |                             |     | 診    療<br>実 施 日    |  | 日 |  |
| 診    療    に    要    し    た    金    額 |                |  |  |                                            |  |                |        |               |  | 査                                  定 |                 |  |                                                                                                                                       |                                                     |                             |     |                    |  |   |  |
| 種            別                       |                |  |  | 回数・日数・単位                                   |  |                | 金    額 |               |  | ※査定点数                                |                 |  | 摘                                  要                                                                                                  |                                                     |                             |     |                    |  |   |  |
| 初            診                       |                |  |  |                                            |  |                | 円      |               |  | 点                                    |                 |  | 時間外・                                  深    夜                                                                                          |                                                     |                             |     |                    |  |   |  |
| 再            診                       |                |  |  | 回                                          |  |                |        |               |  |                                      |                 |  | 時間内                                  回            深    夜                                  回<br>時間外                                  回 |                                                     |                             |     |                    |  |   |  |
| 往            診                       |                |  |  | 回                                          |  |                |        |               |  |                                      |                 |  | 普    通                                  難    路                                  同一家屋<br>夜    間                                  暴風雨雪  |                                                     |                             |     |                    |  |   |  |
| 指            導                       |                |  |  | 回                                          |  |                |        |               |  |                                      |                 |  | 装具名                                                                                                                                   |                                                     |                             |     |                    |  |   |  |
| 投<br><br>薬                           | 内            服 |  |  | 一剤<br>一剤                                   |  | 単位<br>単位       |        |               |  |                                      |                 |  |                                                                                                                                       |                                                     |                             |     |                    |  |   |  |
|                                      | 頓            服 |  |  |                                            |  | 単位             |        |               |  |                                      |                 |  |                                                                                                                                       |                                                     |                             |     |                    |  |   |  |
|                                      | 外            用 |  |  |                                            |  | 単位             |        |               |  |                                      |                 |  |                                                                                                                                       |                                                     |                             |     |                    |  |   |  |
|                                      | 調            剤 |  |  |                                            |  | 単位             |        |               |  |                                      |                 |  |                                                                                                                                       |                                                     |                             |     |                    |  |   |  |
| 注<br><br>射                           | 皮下筋肉内          |  |  | 回                                          |  |                |        |               |  |                                      |                 |  |                                                                                                                                       |                                                     |                             |     |                    |  |   |  |
|                                      | 静    脈    内    |  |  | 回                                          |  |                |        |               |  |                                      |                 |  |                                                                                                                                       |                                                     |                             |     |                    |  |   |  |
|                                      |                |  |  | 回                                          |  |                |        |               |  |                                      |                 |  |                                                                                                                                       |                                                     |                             |     |                    |  |   |  |
| 検            査                       |                |  |  | 回<br>薬剤                                  回 |  |                |        |               |  |                                      |                 |  | 検査名<br>薬    剤                                                                                                                         |                                                     |                             |     |                    |  |   |  |
| レゲ<br>ン<br>ト                         | 透            視 |  |  | 回<br>撮                                  影  |  | 回<br>回         |        |               |  |                                      |                 |  |                                                                                                                                       | 撮影部位                                  使用フィルム<br>造影剤 |                             |     |                    |  |   |  |
| 処置及び手術                               |                |  |  | 回<br>回                                     |  |                |        |               |  |                                      |                 |  |                                                                                                                                       |                                                     |                             |     |                    |  |   |  |
| 入<br><br>院                           | 入    院    料    |  |  | 日間                                         |  |                |        |               |  |                                      |                 |  | 入院期間    自    年    月    日    至    年    月    日    間                                                                                     |                                                     |                             |     |                    |  |   |  |
|                                      | その他の計算         |  |  |                                            |  |                |        |               |  |                                      |                 |  | 備    考                                                                                                                                |                                                     |                             |     |                    |  |   |  |
| 移        送        費                  |                |  |  | 回                                          |  |                |        |               |  | 円                                    |                 |  |                                                                                                                                       |                                                     |                             |     |                    |  |   |  |
| 装        具        代                  |                |  |  |                                            |  |                |        |               |  | 円                                    |                 |  |                                                                                                                                       |                                                     |                             |     |                    |  |   |  |
|                                      |                |  |  |                                            |  |                |        |               |  |                                      |                 |  |                                                                                                                                       |                                                     |                             |     |                    |  |   |  |
|                                      |                |  |  |                                            |  |                |        |               |  |                                      |                 |  |                                                                                                                                       |                                                     |                             |     |                    |  |   |  |
|                                      |                |  |  |                                            |  |                |        |               |  |                                      |                 |  |                                                                                                                                       |                                                     |                             |     |                    |  |   |  |
| 合            計                       |                |  |  |                                            |  |                |        |               |  |                                      |                 |  |                                                                                                                                       |                                                     |                             |     |                    |  |   |  |
| 上記診療を行い、それに要した費用を領収しました。<br>請求します。   |                |  |  |                                            |  |                |        |               |  |                                      |                 |  |                                                                                                                                       |                                                     | 医療機関の住所<br>及    び    名    称 |     |                    |  |   |  |
| 令和        年        月        日        |                |  |  |                                            |  |                |        |               |  |                                      |                 |  |                                                                                                                                       |                                                     | 医    師    の    氏    名       |     |                    |  |   |  |

注・※査定点数欄は記入しないこと。