

領収（診療）明細書

患 者 名				傷 病 名					
入 院 外				入 院					
初 診		時間外・休日・深夜		初 診		時間外・休日・深夜			
再 診	再 診	×	回	投 薬	内 服	単位			
	外来管理加算	×	回		屯 服	単位			
	時 間 外	×	回		外 用	単位			
	休 日	×	回		麻 剤	日			
	深 夜	×	回		毒 基	日			
指 導									
在 宅	往 診		回	注 射	皮下筋肉内	回			
	夜 間		回		静 脈 内	回			
	深 夜・緊急		回		そ の 他	回			
	在宅患者訪問診療		回	処 置	薬 剤	回			
そ の 他			薬 剤		回				
薬 剤		回	手術・ 麻酔		薬 剤	回			
投 薬	内服 { 薬剤	×		単位	検 査	薬 剤	回		
	調剤			回		薬 剤	回		
	屯服 薬剤		単位	画診 像断		薬 剤	回		
	外用 { 薬剤	×	回		薬 剤	回			
	調剤		回	そ の 他	薬 剤	回			
	処方	×	回		入 院	入院年月日		年	月
	麻毒		回	病 診 衣		入 院 料	×	日間	
	調基		回				×	日間	
注 射	皮下筋肉内		回				×	日間	
	静 脈 内		回	入 院 時 医 管 理 料		×	日間		
処 置	そ の 他		回			×	日間		
	薬 剤		回		×	日間			
手 麻 術 酔	薬 剤		回	特定入院料・その他					
	薬 剤		回	食 事	基 準				
検 査	薬 剤		回		円×	日間			
	薬 剤		回			円×	日間		
画診 像断	薬 剤		回	円×		日間			
	そ の 他	処 方 せ ん	×	回		円×	日間		
合 計	円	合 計	円						

上記のとおり領収（診療）いたしました。

令和 年 月 日

住 所 〒
医療機関名
氏 名

(注意事項)

- 領収書（コピー可）を添付して下さい。
- 歯科診療の場合は、上の領収（診療）明細書を使用せず、別に領収（診療）明細書を作成して下さい。
- 輸血及びコルセット等治療用装具に関する申請のときは、「治療のため必要と認める旨の証明書」を交付して下さい。
この場合、上の領収（診療）明細書の記入は必要ありません。

領 収（調 剤）明 細 書

【 調 剤 】

(備考)
すでに申請の対象となる費用について領収証を発行しているときは、「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。

患者氏名				性別	男・女		生年月日		昭和・平成・令和		年	月	日
医療機関の所在地及び名称					医師氏名	1. 2. 3. 4. 5.						処方せん 受付回数	
							回						
医師 番号	処方月日	調剤月日	処方		調剤 数量	調剤報酬点数			公費分点数				
			医薬品名・規格・用量・剤方・用法	単位薬剤料		調剤料	薬剤料	加算料					
	.	.			点		点	点	点	点			
	.	.											
	.	.											
	.	.											
	.	.											
	.	.											
	.	.											
	.	.											
	.	.											
	.	.											
	.	.											
	.	.											
	.	.											
	.	.											
	.	.											
	.	.											
	.	.											
	.	.											
	.	.											
	.	.											
	.	.											
摘要													
調 剤 基 本 料			時 間 外 等 加 算			薬 学 管 理 料			合計	円 減額 割 (円) 免除・支払猶予 (上記のうち公費負担額 円)			
点			点			点							
上記のとおり領収（調剤）いたしました。													
令和 年 月 日													
薬局の所在地 薬局の名称 薬局の電話番号 薬剤師の氏名													

領 収（ 診 療 ） 明 細 書

【 歯 科 】

（備考）すでに申請の対象となる費用について領収証を発行しているときは、「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。

患者氏名								性別	男 ・ 女		生年月日		昭和・平成・令和 年 月 日					
傷病名部位								診療期間		平・令 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 ()	乳 ()	乳・時間外 ()	乳・休日 ()	乳・深夜 ()	障 ()	指導 ()	点							
再診		時間外 ×	休日 ×	深夜 ×	乳 ×	乳・時間外 ×	乳・休日 ×	乳・深夜 ×	障害 ×									
指導	総指	C指	P指	義歯指	継続	歯清	衛実	F局	F洗	医管	その他							
投薬・注射		内屯外注			調 × ×		処方 ×		情 × + ×		処 × ×		注	× ×				
X線・ 検査	全顎	枚		模 ×	S倍 ×	平測 ×	基本 ×	×	精密 ×	×	その他							
	標 × ×	写 ×	継管診 ×	×	×	×	×	×	×	×	×							
パ × × ×		EMR × × × × ×			×		×	×	×	×								
処 置 ・ 手 術	う触	×	履罩 × ×	填塞 ×		除去 × × ×			知覚過敏 × ×		咬調 × ×		ラバー ×					
	抜	×	感染根拠 ×	根管貼薬 ×		根 ×		抜髄即充 ×	感根即充 ×		加圧根充 ×		生切 ×					
	髄	×	×	×		充 ×		×	×		×		失切 ×					
	×	×	×	×		×		×	×		×		×					
	スケーリング	× + ×		SRP		前 ×		小 ×		大 ×		P e u r		前 ×	小 ×	大 ×	P 処 ×	
拔牙	乳 ×	前 ×		白 ×		難 ×		埋 × + ×		切開 × ×								
その他												特定 薬剤						
麻酔		伝麻 ×		浸麻 ×		その他												
歯 冠 ・ 修 復 及 び 欠 陥 補 綴	補診				維持管理		× × ×			印象	× × × × × × × × × ×							
	歯冠形成	(生活)	前 × 鑄ジ × 乳 ×	(失活)	前 × + × 鑄ジ × + × 乳 × + ×	(窩洞)	×	充形 × 修形 ×	咬合 試適	× × × × × × × × × ×								
										× × × × × × × × × ×								
										× × × × × × × × × ×								
	鑄造歯冠修復		インレ単純	インレ複雑	前歯 3/4 冠		4/5 冠	全部鑄造冠	前装鑄造冠	ジ	×		E E		×	研磨	×	
		乳前小銀	×	×	×	×	×	×	×	硬	×		充填		×		×	
		前小銀	×	×	×	×	×	×	×	ジ	×		充 I		×		×	
		前小二	×	×	×	×	×	×	×	乳	×		充 II		×		×	
		大パ	×	×			×	×			修理	×		充 III		×		×
		大銀	×	×			×	×			装着	×		その他		×		
大二		×	×			×	×			装着	×		リテイナー		×		×	
1 4 K			×	×						材料	×		仮着		×		×	
ボンディング	鑄造	バ大 × 二 ×	バ小 × 銀 ×	裏装	バ大 × 14K ×	バ小 × 他 ×	Br 装 × 着 ×	×	バ ー	鑄	パ ×	二 ×						
											屈曲	パ上 × 不持 ×	下 × 保 ×					
	前装	パ ×		二 ×		銀 ×												
有床義歯	1～4 歯	×	×	×	14 K	双大 ×	×	双大 ×	線鉤	14 K	双 × レスト有 ×	不 持	双 × レスト有 ×	レスト無 × フック・スベール ×	×	×	×	
	5～8 歯	×	末裏装	×	×	双小 ×	×	双小 ×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	
	9～11 歯	×	×	×	×	両大 ×	×	両大 ×	×	二	双 × 両 ×	×	×	×	×	×	×	
	12～14 歯	×	×	×	×	両大小 ×	×	両大小 ×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	
	総義歯	×	×	×	×	両前 ×	×	両前 ×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	
その他																		
その他																		
概要												合計		円 減額 割 (円) 免除・支払猶予 (上記のうち公費負担額 円)				
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																		

治療用装具製作指示装着証明書

住 所（患者様の住所）
氏 名（患者様の氏名）
生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日

疾病名及び症状等

疾病名	症状等
(治療遂行上の必要（症状や装着目的）、修理が必要となった状況や理由等)	

上記の疾病により（オーダーメイド・既製品装具／新規・修理）

(オーダーメイドの場合は名称及び基本構造等、既製品の場合はメーカー名・製品名、修理の場合は交換箇所、等)

の装着を

令和 年 月 日 診察のうえ、治療遂行上の必要を認め
(義肢装具士の氏名) へ（製作・購入・修理）を指示し、
令和 年 月 日 に患者へ装着確認をしました。

以上、証明いたします。

備 考

- ※1 特別な製作指示等を行った場合は、指示事項を記載。
- ※2 製作を指示した義肢装具士と、適合調整した義肢装具士が違う場合は、適合調整した義肢装具士の氏名を記載。
- ※3 患者等へ直接購入を指示した場合は、義肢装具士への指示ではない理由や状況、患者への指示内容を記載。

令和 年 月 日

医 療 機 関 所 在 地
医 療 機 関 名
医 療 機 関 電 話 番 号
医 師 氏 名