＜ 医療機関用 ＞　　立替払用（医科自費）

※診療報酬明細書（レセプト）を添付できない場合にご利用ください。

領 収 （ 診 療 ） 明 細 書

●この明細書は診療報酬明細書に準じて記入してください。
●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・平・令　年　月　日
傷病名	1） 2） 3）	診療期間		令和　年　月　日から 年　月　日まで （診療実日数）　日	

診療の内訳				公費分点数	薬名、使用量等の明細
初診	時間外・休日・深夜		回　点		
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		
投薬	内服薬材		単		
	内服調剤	×	回		
	屯服薬材		単		
	外用薬剤		単		
	外用調剤	×	回		
	処方	×	回		
	麻毒	×	回		
	調基	×	回		
注射	皮下筋肉内		回		
	静脈内		回		
	その他		回		
処置	薬剤		回		
麻酔 手術	薬剤		回		
検査 病理	薬剤		回		
画像 診断	薬剤		回		
その他	処方せん		回		

入院	入院年月日　年　月　日		公費分点数	食事・生活療養	回数	請求（円）
		入院基本料・加算　点		食事・生活	基準	円 × 回
		× 日間			特別	円 × 回
		× 日間			食堂	円 × 日
		× 日間			環境	円 × 日
		× 日間		基準（生）		円 × 回
		× 日間		特別（生）		円 × 回
		特定入院料・その他		減・免・猶・Ⅰ・Ⅱ・3月超		

合　計	円	公費負担	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