

領収（診療）明細書

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	平成・令和 年 月 日から 年 月 日まで (診療実日数) 日			
入院外			入院			
初診	時間外・休日・深夜	回	初診	時間外・休日・深夜	回	
再診	再診	×	投薬	内服	単位	
	外来	×		外用	単位	
指導	管理時間	×	注射	筋内	回	
	加算	×		脈内	回	
在宅	診間	×	処置	その他	回	
	緊急	×		薬	回	
投薬	緊急	×	手術・麻酔	剤	回	
	その他	×		検査	回	
注射	その他	×	診断画像	薬	回	
	往診	回		その他	回	
処置	往診	回	入院	入院年月日	年 月 日	
	深夜	回		病診衣	×	
検査	深夜	回	食事	入院料	日間	
	在宅	回		医学管理料	日間	
画像診断	在宅	回	合計	特定入院料・その他	円	
	在宅	回		基準	円	
その他	在宅	回	上記のとおり領収(診療)いたしました。			
合計	在宅	円	平成 年 月 日			

④③②① 医療機関の方へ
 領収(診療)明細書は、領収の対象となる費用について領収証明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。
 歯科診療並びに調剤分に関する証明は別紙にて作成してください。
 輸血に関する申請のときは、輸血を必要と認めた医療担当者の「証明書」および血液代金の領収証書をつけてください。

医療機関名
 医療機関所在地
 医師の氏名

印

Ⓜ