

※この《診療（領収）明細書》は医療機関にて記入いただく書類です。

【記入上の注意】・この明細書は診療報酬明細書に準じて記載して下さい。

・別途「診療報酬明細書」を添付するときにはこの明細書を記入する必要ありません。

《 診 療（ 領 収 ） 明 細 書 》

医療機関用

患者氏名			傷病名									
生年月日	昭・平	年	月	日								
診療期間	平成	年	月	日	から	平成	年	月	日まで	実日数	日	
診 療 の 内 訳				点 ・ 円	薬 名、使用量等の明細							
11 初診	時間外・休日・深夜			回								
12 再診			×	回								
	外来管理加算		×	回								
	時間外・休日・深夜		×	回								
13 医学管理												
14 在宅	往 診			回								
20 投薬	21 内服薬剤			単								
	内服調剤		×	回								
	22 頓服薬剤			単								
	23 外用薬剤			単								
	外用調剤		×	回								
	25 処 方		×	回								
	26 麻 毒			回								
27 調 基												
30 注射	31 皮下筋肉内			回								
	32 静 脈 内			回								
	33 そ の 他			回								
40 処置	薬 剤			回								
50 手術麻酔	薬 剤			回								
60 検査	薬 剤			回								
70 画像診断	薬 剤			回								
80 その他	処方箋			回								
90 入院	入院年月日	年	月	日								
		90 入院基本料・加算										
			×	日								
			×	日								
		×	日									
		×	日									
	92 特定入院料・その他											
97 食事・生活	基準	円	×	回								
	特別	円	×	回								
	食堂	円	×	日								
	環境	円	×	日								
	基準(生)	円	×	回			食事・生活療養	回数	請求(円)			
特別(生)	円	×	回									
減・免・猶・Ⅰ・Ⅱ・3月超												
合 計					円	※ 1点 () 円の計算による						

上記のとおり診療（領収）いたしました。平成 年 月 日

医療機関の所在地

名 称

医師の氏名・印

㊞ 連絡先TEL ()

—