

領収（診療）明細書

【 医 科 入 院 】

(備考) すでに申請の対象となる費用については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	昭和・平成	年	月	日
傷病名	(1) (2) (3)	診療期間	平成 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	回	点	公費分点数				
医学管理								
在宅								
投薬	内服薬	単位						
	外用薬	単位						
注射	麻酔薬	日						
	その他	日						
処置	薬剤	回						
手術	麻酔薬	回						
検査	薬剤	回						
画像	薬剤	回						
その他	薬剤	回						
入院	入院年月日	年	月	日				
	病診	入院基本料・加算	点					
		×	日間					
		×	日間					
		×	日間					
	×	日間						
	特定入院料・その他							
食事・生活		基準	円	×	回			
		特別	円	×	回			
		食事環境	円	×	日			
		基準(生)	円	×	回			
		特別(生)	円	×	回			
		減・免・猶・I・II・3月超						
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。								
平成 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								
医師氏名								

領収（診療）明細書
【 医 科 入 院 外 】

(備考)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	昭和・平成	年	月	日
	傷病名	(1)			診療期間	平成	年	月	日から
		(2)					年	月	日まで
		(3)							(診療実日数) 日
	初診	時間外・休日・深夜		回	点	公費分点数			
	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					
	夜間			回					
	深夜・緊急			回					
	在宅患者訪問診療			回					
投薬	その他			回					
	薬剤			回					
	内服薬	×		単位					
	注射薬			単位					
	外用薬	×		単位					
注射	処方	×		回					
	調剤			回					
	その他			回					
処置	皮下筋肉内			回					
手術	静脈内			回					
	その他			回					
処置	薬剤			回					
手術	薬剤			回					
検査	薬剤			回					
画像	薬剤			回					
その他	処方せん			回					
	薬剤			回					
上記のとおり領収（診療）いたしました。						平成 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									
医師氏名						㊞			
					合計	円 減額 割 (円) 免除・支払猶予 (上記のうち公費負担額 円)			

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は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	昭和・平成 年 月 日							
傷病名部位				診療期間	平成 年 月 日から 年 月 日まで			点						
初診	時間外()	休日()	深夜()	乳()	乳・時間外()	乳・休日()	乳・深夜()	障()	障導()					
再診	時間外 ×	休日 ×	深夜 ×	乳 ×	乳・時間外 ×	乳・休日 ×	乳・深夜 ×	障 ×						
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	内電外注	調 × ×		処方 ×	情 × + ×	処 × ×	注 × ×							
X線・検査	全額	枚	撮 ×	S培 ×	平 ×	基本 ×	精 ×	精 ×	精 ×	精 ×	その他			
	標 × ×	写 ×	継管診 ×	測 ×	×	×	×	×	×	×	×			
検査	パ × ×	EMR × × × ×	× × × ×	× × × ×	× × × ×	× × × ×	× × × ×	× × × ×	× × × ×	× × × ×	× × × ×			
処置・手術	う触	×	覆罩 × ×	填塞 ×	除去 × × × ×	知覚過敏 × ×	咬調 × ×	ラバー ×						
	抜	×	感染 ×	根管 ×	根 ×	抜 ×	感 ×	加 ×	生切 ×					
	髓	×	根 ×	粘 ×	充 ×	髓 ×	根 ×	根 ×	根 ×	失切 ×				
スケーリング	× + × ×	SRP	前 ×	小 ×	大 ×	P cur	前 ×	小 ×	大 ×	P 処 ×				
抜歯	乳 ×	前 ×	白 ×	難 ×	埋 × + ×	切開 × ×								
その他	特定薬剤													
麻酔	伝麻 ×	浸麻 ×	その他											
歯冠修復及び欠損補綴	補診	維持管理 × × × ×			印象	× × × × × × × × × ×								
	歯冠形成	(生)	前 ×	(失)	前 × + ×	(窩)	×	宍形 ×	咬合	× × × × × × × ×				
		鋳シ	×	鋳シ	× + ×	×	×	×	×	× × × × × × × ×				
	冠	乳 ×	冠	× + ×	冠 ×	支台築造	メタル	前小 ×	大 ×	その他	前小 ×	大 ×		
	鑲造歯冠修復	インレ単純	インレ複雑	前歯3/4冠	4/5冠	全部鑲造冠	前装鑲造冠	シ	×	EE	×	研磨	×	
		乳前小銀	×	×	×	×	×	×	×	充填	×	×		
		前小パ	×	×	×	×	×	×	×	充I	×	×		
		前小二	×	×	×	×	×	×	×	充II	×	×		
		大パ	×	×	×	×	×	×	×	充III	×	×		
		大銀	×	×	×	×	×	×	×	その他	×			
大二	×	×	×	×	×	×	×	リテイナー	×	×				
14K	×	×	×	×	×	×	×	仮着	×	×				
前装	パ大 ×	パ小 ×	裏装	パ大 ×	パ小 ×	Br	×	パ	×	二	×			
前装	二 ×	銀 ×	×	14K ×	他 ×	×	×	×	×	下	×			
前装	パ ×	二 ×	×	×	×	×	×	×	×	保	×			
有床義歯	1~4歯	×	×	×	双大 ×	双大 ×	線	14	双 ×	×	不	双 ×	以無 ×	× ×
	5~8歯	×	床 ×	×	双小 ×	双小 ×	×	×	以有 ×	×	×	以有 ×	ワカ・ガ- ×	× ×
	9~11歯	×	裏 ×	×	14	両大 ×	×	×	×	×	×	×	×	× ×
	12~14歯	×	装 ×	×	K	両大 ×	×	×	×	×	×	×	×	× ×
	総義歯	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	× ×
その他														
その他														
摘要								合計	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。										平成 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 医師氏名														

