

平成 年 月分
領収(診療)明細書

⑤④③②① 医療機関の方へ
 ⑤ 輸血に関する申請のときは、「輸血を必要と認めた医師の証明書」および「血液代金の領収証書」を作成してください。
 ④ コルセット等の治療用器具に関する申請のときは「医師の意見書」及び「実費についての領収書」を作成してください。
 ③ 歯科診療並びに調剤分の治療用器具に関する申請のときは「医師の意見書」及び「実費についての領収書」を作成してください。
 ② 領収(診療)明細書は暦月単位で、投与した薬剤名及び検査名、処置名、手術名をレセプト作成時と同様に記載してください。
 ① すでに申請の対象となる費用については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。

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				
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 外 来 時 休 深	診 加 算 外 日 夜	× × × ×	回 回 回 回	投 薬	内 服 調 剤 麻 酔	服 用 毒 基	単 位 単 位 単 位 日 日	
指 導					注 射	皮 下 筋 肉 内 静 脈 の 他		回 回 回	
在 宅	往 夜 深 夜 在 宅 そ の 薬	診 間 急 患 者 訪 問 診 療 の 他 薬	回 回 回 回	回	処 置	薬 剤		回 回	
投 薬	内服	薬 調 剤	×	回	手術 ・ 麻 酔	薬 剤		回 回	
		薬 調 剤	×	回		検 査	薬 剤		回 回
	外用	薬 調 剤	×	回	画 像 診 断	薬 剤		回 回	
		薬 調 剤	×	回		そ の 他	薬 剤		回
注 射	皮 下 筋 肉 内 静 脈 の 他	回 回 回	入院年月日		年 月 日				
処 置	薬 剤		回 回	入 院	病 診 衣	入院料		× × ×	日 間 日 間 日 間
	手術 ・ 麻 酔	薬 剤			回 回	医 学 院 理 料 時		× × ×	日 間 日 間 日 間
検 査	薬 剤		回 回	特定入院料 ・ そ の 他					
画 像 診 断	薬 剤		回 回	食 事	基 準				
	そ の 他	処 方 せ ん 薬 剤	×		回 回	円 × 円 × 円 × 円 ×		日 間 日 間 日 間 日 間	
合 計			円	合 計			円		

上記のとおり領収(診療)いたしました。

平成 年 月 日

医療機関名

医療機関所在地

医師の氏名

