



# 領収（診療）明細書

必要の有無は1枚目【添付書類】をご確認ください。

※こちらは保険証不携帯時に保険診療分の10割を立替払いされた場合、受診先にて証明をいただいでください。

患者名		傷病名	
初診	時間外・休日・深夜	点	検
再診	再診 外来管理加算 時間外 休日 深夜	回 回 回 回 回	点 回 回 回
医学管理		点	（レントゲン・CT・MRI） 画 像 診 断
在宅		点	
往診	往診 夜間 深夜・緊急 暴風雨・雪・難路	回 回 回 回	
投薬	内服 {薬剤 調剤 頓服 外用 {薬剤 調剤 処方 麻毒 調基	単位 回 単位 単位 回 回 回 回	点
注射	皮下筋肉内 静脈内 その他	回 回 回	点
処置		回	点
手術・麻酔		回	点
	処方箋		点
	その他		点
	合計		点 円
<p>上記のとおり領収（診療）いたしました。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住所(所在地)</p> <p>医師 医療機関名</p> <p>氏 名</p> <p style="text-align: right;">Ⓜ</p> <p style="text-align: center;">☎ ( )</p>			