

「診療(調剤)明細書」が交付されなかった場合、医療機関に本票の作成を依頼してください。

※明細書の名称は医療機関によって異なりますが、健康保険組合に申請するために必要な明細であることを伝えてください。

領 収 (診 療) 明 細 書

患者氏名(生年月日)		傷病名		診療期間		診療実日数		
(年 月 日生)				年 月 日 から 年 月 日まで		日		
診療の内容				摘要(薬名、用量等の明細)				
診 察 料	初診	時間外・休日・深夜		円				
	再 診	再診	×	回	円			
		内科再診	×	回	円			
		初回再診加算	×	回	円			
		時間外加算	×	回	円			
		休日加算	×	回	円			
指導								
往診	普通・夜間・深夜		回	円				
投 薬 料	内服	薬剤	×	単位	円			
		調剤		回	円			
	頓服	薬剤	×	単位	円			
		調剤		回	円			
	概要	薬剤	×	単位	円			
		調剤		回	円			
	処方		×	回	円			
麻薬・毒薬加算	調剤 処方	×	回	円				
		×	回	円				
		×	回	円				
注射料	皮下筋肉内		回	円				
	静脈内		回	円				
	その他		回	円				
処置料	処置		回	円				
	薬剤		回	円				
手術・材料	手術・麻酔		回	円				
	薬剤		回	円				
検査料	検査		回	円				
	薬剤		回	円				
画像診断料	画像診断		回	円				
	薬剤		回	円				
その他	処方せん		回	円				
	その他	×	回	円				
	薬剤	×	回	円				
入院	入院期間 自 月 日 ~ 至 月 日		間	合計				
	入院料	×	日	円	円			
	入院時医学管理料	×	日	円	円			
	特入・その他			円	円			
	食事	円 ×	回	円	円			
上記のとおり領収(診療)いたしました。								
年 月 日		所在地		医療機関の 名称				
		担当医師氏名		連絡先 TEL				
				印				

◎ この用紙に直接記入することに代えて、「診療(調剤)報酬明細書(レセプト)」等を交付しても差し支えありません。ただし、医療機関の名称、所在地、医師の氏名、印が表示されていることが必要です。

◎ 歯科診療の場合は、別の「領収(診療)明細書」を作成してください。