

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

## 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 )				平成 年 月 日から 平成 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	×	回	円			
		処方	×	回	円			
調基		×	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 ・ 麻 酔 料	手術・麻酔		回	円				
			回	円				
	薬剤		回	円				
検 査 料	検査		回	円				
			回	円				
	薬剤		回	円				
画 像 断 ・ 料	画像診断		回	円				
	薬剤		回	円				
そ の 他	処方せん		回	円				
	その他		×	円				
	薬剤		×	円				
入 院	入院期間	自 月 日	~ 至 月 日	間	合計			
	入院料	×	日	円				
	入院時医学管理料	×	日	円			一部負担金額	円
	特入・その他			円			公費負担額	円
	食事	円	×	回			円	
上記のとおり領収(診療)いたしました。								
平成 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、診療報酬明細書等の用紙により証明書を作成しても差し支えありません。  
なお、その証明書には、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。