



被保険者証の記号・番号			⑨ 被保険者の (申請者) 氏名と印	(フリガナ)
①	②	③		

患者名		傷病名	
-----	--	-----	--

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	再診 外来管理加算 時間外 休日 深夜	× × × ×	回 回 回 回	投薬	内服 頓服 外用 処方 麻毒基	× × × ×	単位 回 単位 回 単位 回	
指導				注射	皮下筋肉内 静脈内 その他		回 回 回	
在宅	往診 夜間 深夜・緊急 在宅患者訪問診療 その他		回 回 回 回	処置	薬 剤		回 回	
投薬	内服 { 薬 剤 } 頓服 { 薬 剤 } 外用 { 薬 剤 } 処方 麻毒基	× × × ×	単位 回 単位 回 単位 回	手麻術・酔	薬 剤		回 回	
注射	皮下筋肉内 静脈内 その他		回 回 回	検査	薬 剤		回 回	
処置	薬 剤		回 回	画診 像断	薬 剤		回 回	
手麻術・酔	薬 剤		回 回	その他	薬 剤		回	
検査	薬 剤		回 回	入院	入院年月日	年 月 日		
画診 像断	薬 剤		回 回		病 診 衣	入院料	× × ×	日間 日間 日間
その他	処方せん 薬 剤		回 回		入院時医学管理料	× × ×	日間 日間 日間	
合計			円	食事	基準			
					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

住所 〒

医師の 氏名

㊟

社会保険労務士の 提出代行者印		㊟
--------------------	--	---

(備考) すでに申請の対象となる費用について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。

(添付書類についての注意)

(1) 歯科診療に関する申請のときは、別の領収書をつけてください。

(2) 輸血に関する申請のときは、「輸血を必要と認めた医療担当者の証明書」および「血液代金の領収書」をつけてください。

(3) コルセット・ギプス・義肢等に関する申請のときは、それらの「装着が傷病の治療のため必要と認められる医療担当者の証明書」および「実費についての領収書」をつけてください。