

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の 記号及び番号	記号	番号(従業員番号)	被保険者氏名	
	医療施設に証 明を受ける受 診者について	(フリガナ) 氏 名		続柄	生年月日 年 月 日
	証明を受ける 診療月と入院 ・外来の別	年 月 受診	入院 外来	この書類は受診者ごとに、医療施設別、受診月ごと、入院・外来別に分けて作成し、それぞれに以下について医療施設の証明を受けてください。	

領収（診療）明細書

患者氏名				傷病名			
	回	点	公費分点数		回	点	公費分点数
初診	時間外 休日 深夜	回	点	処置	処置	回	点
再診	再診	回	点		薬剤	回	点
	時間外	回	点	手術 麻酔	手術	回	点
	深夜	回	点		麻酔	回	点
	その他	回	点	入院	入院期間 自 年 月 日 至 年 月 日 日間		
指導	指導	回	点		入院料	日間	点
在宅	往診	回	点		日間	点	
	夜間	回	点		日間	点	
	深夜・緊急	回	点		日間	点	
	その他	回	点		日間	点	
投薬	内服	単	点	入院時医学管理料	日間	点	
	頓服	単	点		日間	点	
	外用	単	点		日間	点	
	調剤	回	点	特定入院料・その他			
注射	皮下筋肉内	回	点			点	
	静脈内	回	点			点	
	その他	回	点	その他		点	
検査	検査・病理	回	点			点	
	薬剤	回	点		点		
画像診断	画像診断	回	点	合計		点	
	薬剤	回	点			点	

上のとおり領収(診療)いたしました。

年 月 日

医療施設の 所在地

医療施設の 名 称

医 師 の 氏 名

Ⓜ

電話