診療報酬領収済明細書（医科）

年　　月分

療養の内容			
組合員等記号番号	―	傷病の主症状とその経過概要	
受診者氏名	年　月　日生　男・女		

傷病名		診療開始日		診療期間	診療実日数		
	1		1　年　月　日	自　年　月　日	日		
	2		2　年　月　日		転帰		
	3		3　年　月　日	至　年　月　日	治癒	死亡	中止

種別	回数・単位	点数	金額	摘要	※査定
11 初診	時間外・休日・深夜　回	点	円	「投薬」・「注射」薬名・単位・用量等を記入してください。（投薬については、１調剤ごとまとめて記入してください。） 「処置」患部名・大きさ・程度等を記入してください。 「手術・麻酔」患部名・術名等を記入してください。 「検査」検査名を記入してください。 「画像診断」撮影部位・使用フィルムの大きさ等を記入してください。	11　点
12 再診	再診　×　回 外来管理加算　×　回 時間外　×　回 休日　×　回 深夜　×　回				12
13 指導					13
14 在宅	往診　回 夜間　回 深夜・緊急　回 在宅患者訪問診察　回 その他 薬剤				14
20 投薬	21　内服薬剤　単 内服調剤　×　回 22　頓服薬剤　単 23　外用薬剤　単 外用調剤　×　回 25　処　方　×　回 26　麻　毒　回 27　調　基				20
30 注射	31　皮下筋肉内　回 32　静脈内　回 33　その他　回				30
40 処置	処置　回 薬剤				40
50 手術	手術･麻酔　回 薬剤				50
60 検査	検査　回 薬剤				60
70 画像	画像診断　回 薬剤				70
80 その他	処方せん　回 その他 薬剤				80
90 入院	別紙を添付してください。				90
合　計				公費負担　円	

上記のとおり領収(診療)しました。

年　　月　　日

医療機関の所在地

医療機関の名称

医療機関の電話番号

医師氏名　　印

（注）１　備考に記入できない場合は，別の用紙に記入してください。

２　※印欄は記入しないでください。