

医療費領収明細書 入 院

被保険者証番号 40																
氏名				男・女	年生	診療期間			年	月	日から					
傷病名	(1) (2) (3)	診療開始日			(1) (2) (3)	年 年 年	月 月 月	日 日 日	転 帰	治ゆ	死亡	中止	診療実日数	日		
初診	時間外・休日・深夜			回	点			※			点			摘要		
指導																
在宅																
投薬	内 服	屯 用	外 劑	調 毒	麻 基	単位 単位 単位			日 日 日							
注射	皮下	筋肉	内 静脈	内 の他	回 回 回											
処置	薬 剤			回												
手麻酔	薬 剤			回												
検査	薬 剤			回												
画像診断	薬 剤			回												
その他	薬 剤															
入院	入院年月日			年	月	日										
	病	診	衣	入院料			点									
				×	×	×	日間 日間 日間									
				入院時医学管理料			×			日間 日間 日間						
院	特定入院料・その他															
食事				食	基準	円×	日間	円×	日間	円×	日間	今回入院年月日 年 月 日				
													外来時一部負担金 円			
													減・免・年・2月超・認・3月超			
療養の給付	請求	点	※決定	点	負担金額 円			食事療養	請求	円	※決定	円	(標準負担額) 円			
上記のとおり診療を行い、その料金を領収いたしました。(領収日 年 月 日)																
住所 医師 氏名 電話番号 ()																

(投薬注射の量名及び検査内容を記入して下さい。)

注意
3 2 1 国民健康保険診療報酬明細書の記載方にならない記入して下さい。
※印の欄は、記入しないで下さい。
入院外は、裏面にあります。