

# 医療費領収明細書 入 院

被保険者証番号 記号・番	40													
氏名				男・女	年生	診療期間			年	月	日から	日まで		
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 静そ	筋肉 脈の	内 内 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				基準	円×	日間	円×	日間	円×	日間	今回入院年月日 年 月 日			
				円×	日間	外来時一部負担金 円								
				円×	日間	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。