

# 医療費領収明細書 (入 院)

被保険者証 番号	40						
氏名	男・女	昭和 大正 明治	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
							診療実数
							日

初診	時間外・休日・深夜	回	点	※	点	摘 要			
指導	(投薬注射の量名及び検査内容を記入して下さい。)								
在宅									
投薬							内屯外調麻調	服用剤毒基	単位 単位 日 日
注射							皮下筋肉内 静脈内の他	回 回 回	
嚙							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
病診衣	入院料	点							
		×	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								
公 費 負 担 額									
(適用法)									
円									
受 領 金 額									
円									
食 事 費									
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
減額 割(円)免除・支払適予							

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)

令和 年 月 日

住 所  
医 師 氏 名  
電話番号 ( )

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。