

令和 年 月 分

国民健康保険療養費

後期高齢者医療療養費

領収明細書（入院外）

（どちらかの□にレをいれてください。）

下記のとおり診療を行い、その料金を領収いたしました。

令和 年 月 日

区分	精神 ・ 結核			医療機関の	所在地及び名称			⑨							
氏名	男・女	大・昭・平・令	生	氏名											
傷病名	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	診療開始日	(1) 年 月 日	(2) 年 月 日	(3) 年 月 日	(4) 年 月 日	(5) 年 月 日	診療実日数	日		
												転 婦			
												治ゆ	死亡	中止	
診療内容				査定	摘要										
⑪初診	時間外・休日・深夜	点	回		[再診は第2回以後の診察又は家人が薬をとりに来た回数を入力。] [投薬・注射のうち1日分又は1回分の薬価が205円を超えるときは薬名・還元量等を記入してください。] [画像診断はフィルムの大きさ・枚数・撮影法・撮影部位を記入。] (1点単価 円)							診療日	日	日	日
⑫再診	再診	×	回									日	日		
	外来管理加算	×	回									日	日		
	時間外	×	回												
	休日	×	回												
	深夜	×	回												
⑬医学管理															
⑭在宅	往診	×	回												
	夜間	×	回												
	深夜・緊急	×	回												
	在宅患者訪問	×	回												
	その他薬剤														
⑯投薬	⑰内服	×	回												
	⑱外用	×	回												
	⑲処方	×	回												
	⑳麻毒		回												
	㉑調基		回												
⑳注射	㉒皮下筋肉内		回												
	㉓静脈内		回												
	㉔その他		回												
㉕処置	薬剤		回												
㉖手術	麻酔		回												
㉗検査	薬剤		回												
㉘画像診断	薬剤		回												
㉙その他	処方せん		回												
	薬剤														
合計		点	決定		公費分担	精神	点	結核	点			後期高齢者医療一部負担金額	円		