診 療 費 領 収 明 細 書

下記の通り領収しました。

　　　　令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　 　　　所　在　地

　　　　　　　　　　　　　 　　 病院の名称

 医師の氏名

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 |  | 領 収 額 | 金 |  | 円也 |
| 傷 病 名 |  | 診療期間 | 自 令和 |  年 　 月　 日 | 日間 |
| 至 令和 |  年 　 月　 日 |
| 領 収 金 額 内 訳 | 査 定 |
| 種 目 | 日(回)数 | 金 額 | 薬名、用量、フイルムの型、枚数、部位及び処置名、手術名、検査名等明記願います。 | 点 数 | 金 額 |
| 初 診 |  |  |  | 時間外・休日・深夜・乳幼児 |  |  |  |
| 再 診 |  |  |  | 時間外・休日･深夜 |  |  |  |
| 指導･監視 |  |  |  |  |  |  |  |
| 往 診 |  |  |  | 時間外･休日･深夜･暴風雨雪･難路 　KM |  |  |  |
| 投薬 | 内服頓服外用 |  |  |  | 薬剤一部負担金額 円 |  |  |  |
| 注射 | 皮下筋肉静脈その他 |  |  |  |  |  |  |  |
| 処置･手術 |  |  |  |  |  |  |  |
| 検 査 |  |  |  |  |  |  |  |
| レントゲン |  |  |  |  |  |  |  |
| そ の 他 |  |  |  |  |  |  |  |
| 入院 | 　 月 　日 月 日 | 日間 |  |  | 病院･診療所食無･食有･基食･基寝特看１･特看２･看１･看２･看３ |  |  |  |
| 計 |  |  |  | １点＝　　　円 |  |  |  |