

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

氏名	特記事項		医療機関の所在地及び名称							
	1男 2女 1明 2大 3昭 4平 5令 生									
職務上の事由		1職務上 2下船後3か月以内 3通勤災害								
傷病名	(1)	診療開始日	(1) 年 月 日	治ゆ	死亡	中止	診療実日数	公費①	日	
	(2)		(2) 年 月 日	転					日	
	(3)		(3) 年 月 日	帰				公費②	日	
11	初診	時間外・休日・深夜	回	点	公費分点数					
12	再診		×	回						
	再診	外来管理加算	×	回						
		時間外	×	回						
		休日	×	回						
		深夜	×	回						
13	医学管理									
14	往診			回						
	夜間			回						
	深夜・緊急			回						
	在宅	在宅患者訪問診療		回						
		その他		回						
		薬剤		回						
20	21	内服	薬剤	×	単位					
	22	頓服	薬剤		単位					
	23	外用	薬剤		単位					
	25	処方	方	×	回					
	26	麻毒	毒		回					
	27	調基	基		回					
30	31	皮下筋肉内		回						
	32	静脈内		回						
	33	その他		回						
40	処置		薬剤	回						
50	手術		薬剤	回						
60	検査		薬剤	回						
70	画像		薬剤	回						
80	その他		処方箋	回						
		薬剤		回						
療養の給付	保険	請求点	※	決定点	一部負担金額	円				
	公費①	点	※	点	円					
	公費②	点	※	点	円	※高額療養費	円	※公費負担点数	点	※公費負担点数

備考 1.この用紙は、A列4番とすること
2.*印の欄は、記入しないこと