

国民健康保険療養費領収書 (内容明細書) (入院外)

医療機関所在地
及び医療担当者氏名

一金 円也		年 月 日	
上記のとおり領収しました。			
内容以下のとおり。		領収者氏名	
被 保 者 氏 名	記号	番号	男 ・ 女
	様		
業務上の事由		1 職務上 2 下船後三月以内 3 通勤災害 4 交通事故	
傷 病 名	(1) (2) (3)	診療開始日	(1) 年 月 日 (2) 年 月 日 (3) 年 月 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
再 診	再 診	×	回
	外 来 管 理 加 算	×	回
	時 間 外	×	回
	休 日	×	回
	深 夜	×	回
指 導			
在 宅	往 診		回
	夜 間		回
	深 夜 ・ 緊 急		回
	在 宅 患 者 訪 問 診 療		回
そ の 他			
投 薬	②① 内 服	薬劑 調劑 ×	単位 回
	②② 屯 服 薬劑		単位
	②③ 外 用	薬劑 調劑 ×	単位 回
	②⑤ 処 方		回
	②⑥ 麻 毒		回
	②⑦ 調 基		回
	注 射	③① 皮 下 筋 肉 内	
③② 静 脈 内			回
③③ そ の 他			回
④④ 処 置	薬 劑		回
⑤⑤ 手 麻 酔	薬 劑		回
⑥⑥ 検 査	薬 劑		回
⑦⑦ 画 診 像 断	薬 劑		回
⑧⑧ そ の 他	処 方 せ ん		回
	薬 劑		
合 計		薬劑一部 負担金 相当額	点 円
		決 定	円

備考 医療担当者名が、領収者氏名と同一人の場合は、領収者氏名の記入、押印は要しません。
印の記入は要しません。