

この書類は医療機関に記入してもらってください。医療機関の記入が済みましたらこの書類と、医療機関発行の領収書を療養費支給申請書(様式第18号)に添付して申請してください。

領収書を紛失した場合は、医療機関にこの部分を証明してもらってください。

様式第20号(第26条関係)

国民健康保険療養費領収書 (内容明細書) (入院外)

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	
被保険者氏名	記号 番号	男・女	年 月 日生
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
初診	時間外・休日・深夜	回	点
再診	再診 外来管理加算 時間外 休日 深夜	x x x x	回 回 回 回
在宅	往診 夜間 深夜・緊急 在宅患者訪問診療 その他 薬剤		回 回 回 回
投薬	① 内服薬剤 ② 屯服薬剤 ③ 外用薬剤 ④ 処方 ⑤ 麻毒 ⑥ 調基	x x	単位 回 単位 回 回 回
注射	⑦ 皮下筋肉内 ⑧ 静脈内 ⑨ その他		回 回 回
処置	薬剤		回
手術	麻酔		回
検査	薬剤		回
画像診断	薬剤		回
その他	処方せん 薬剤		回
合計	点	薬剤一部負担金相当額	円 決定 円

医療機関所在地
及び医療担当者氏名

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。