様式第20号 (第24条関係)

国民健康保険療養費領収書 (内容明細書)

(入院外)

年

月分

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。			
被保険者氏名		領収者氏名 ⑩	
※記号		番号	
様		生年月日	
年 月 日		年 月 日	
業務上の事由		1 職務上 2 下船後3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
⑪ 初診		時間外・休日・深夜	回 点
⑫ 再診	再診	×	回
	外来管理加算	×	回
	時間外	×	回
	休日	×	回
	深夜	×	回
⑬ 指導			
⑭ 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		
	薬剤		
⑯ 投薬	21内服 薬剤	×	単位 回
	22屯服 薬剤		単位 回
	23外用 薬剤	×	単位 回
	25 処方	×	回
	26 麻毒		回
	27 調基		
⑰ 注射	31皮下筋肉内		回
	32静脈内		回
	33その他		回
40 措置	薬剤		回
50 麻酔手術	薬剤		回
60 検査	薬剤		回
70 画像診断	薬剤		回
80 その他	処方せん 薬剤		回
合計		薬剤一部負担金相当額	円
		決定 ※	円 ⑩

医療機関所在地
及び医療担当者氏名

備考

- 1 医療機関担当者が、領収者氏名と同一人の場合は、領収者氏名の記入及び押印は、不要です。
- 2 ※印の記入は、不要です。