

※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。

様式第20号(第25条関係)

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。

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。		領収者氏名 ㊦	
内容以下のとおり。		被保険者氏名	
※ 記号		番号	
被保険者氏名		男・女	
業務上の事由		年 月 日生	
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 診療未日数
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		
⑯ 投薬	⑰ 内服	薬剤調剤	×
	⑱ 外用	薬剤調剤	×
	⑲ 処方		×
	⑳ 麻毒		
	㉑ 調基		
㉒ 注射	㉓ 皮下筋肉内		回
	㉔ 静脈内		回
	㉕ その他		回
㉖ 処置	薬剤		回
㉗ 手術	麻酔	薬剤	回
㉘ 検査	薬剤		回
㉙ 画像	診断	薬剤	回
㉚ その他	処方せん		回
	薬剤		
合計		薬剤一部負担金相当額	決定 ※
	点	円	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。