

領収（診療）明細書

和暦

(年 月 日から 年 月 日までの分)

患者名		職務上の事由	<input type="checkbox"/> 職務上 <input type="checkbox"/> 3月以内	<input type="checkbox"/> 下船後 <input type="checkbox"/> 通勤災害	傷病名	
初診	<input type="checkbox"/> 時間外 <input type="checkbox"/> 休日 <input type="checkbox"/> 深夜	円	注射	<input type="checkbox"/> 皮下筋肉内 <input type="checkbox"/> 静脈内 <input type="checkbox"/> その他	回 回 回	
再診	<input type="checkbox"/> 再診 <input type="checkbox"/> 時間外 <input type="checkbox"/> 休日 <input type="checkbox"/> 深夜	回 回 回 回	検査	薬剤	回 回 回 回	
往診	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 深夜・暴風雨雪・難路	回 回 回	レントゲン		回 回 回	
指導			処置及び手術	薬剤	回	
投薬	<input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 頓服 <input type="checkbox"/> 外用 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 調基	単位 単位 単位 単位 回			回 回 回 回	
入院	<input type="checkbox"/> 1月未満 <input type="checkbox"/> 1月～3月未満 <input type="checkbox"/> 3月以上 <input type="checkbox"/> 給食の有無	日間 (日～ 日) 日間 (日～ 日) 日間 (日～ 日)	その他		回	
			合計			
上記のとおり領収（診療）いたしました。 和暦 年 月 日 〒 住所 医師 氏名						

(注意事項)

1. 領収証を添付して下さい。
2. 歯科診療の場合は、うえの領収（診療）明細書を使用せず、別に領収（診療）明細書を作成して下さい。
3. 輸血及びコルセット等治療用具に関する申請のときは、「治療のため必要と認める旨の証明書」（医師の同意書）を添付して下さい。