

領 収（ 診 療 ） 明 細 書
【 医 科 入 院 】

（備考）すでに申請の対象となる費用について領収書を発行しているときは、「領収」の字句を消し、「診療明細書」として、所定の事項を記入してください。

患者氏名

性別

男・女

生年月日

昭・平・令

年

月

日

傷病名

(1)

(2)

(3)

診療期間

平・令

年

年

月

月

日

日

から

まで

日

初診

時間外・休日・深夜

回

点

公費分点数

医学管理

在宅

投

内服

×

単

位

頓服

×

単

位

外用

×

単

位

調剤

×

日

麻毒

×

日

調基

×

注射

皮下筋肉内

回

静脈内

回

その他

回

処置

薬剤

回

手麻

術酔

薬剤

回

検査

薬剤

回

画像断

薬剤

回

その他

薬剤

回

入院

入院年月日

年

月

日

病

診

入院基本料・加算

点

×

日間

×

日間

×

日間

×

日間

特定入院料・その他

食事・生活

基準

円

×

回

特別

円

×

回

食事

円

×

日

環境

円

×

日

基準(生)

円

×

回

特別(生)

円

×

回

減・免・猶・I・II・

3月越

合計

円

減額

割(円)免除・支払猶予

(上記のうち公費負担額

円)

上記のとおり領収(診療)いたしました。

平成

・

令和

年

月

日

医療機関の所在地

医療機関の名称

医療機関の電話番号

医師の氏名

印

領 収 (診 療) 明 細 書
【 医 科 入 院 外 】

(備考)すでに申請の対象となる費用については領収書を発行しているときは、「領収」の字句を消し、「診療明細書」として、所定の事項を記入してください。

患者氏名		性別	男・女	生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日				
傷病名	(1) (2) (3)	診療期間			平・令	年	月	日	から まで 日			
初診	時間外・休日・深夜	回	点	公費分点数								
再診	再診	×	回									
	外傷管理	×	回									
	時間外	×	回									
	休日	×	回									
	深夜	×	回									
医学管理												
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	内服薬剤	×	単位 回									
	頓服薬剤		単位 単位									
	外用薬剤	×	単位 回									
	処方	×	回									
	麻毒		回									
注射	調基											
	皮下筋肉内		回									
	静脈内		回									
処置	その他		回									
	薬剤		回									
手麻酔	薬剤		回									
検査	薬剤		回									
画像断	薬剤		回									
その他	処方せん		回									
	薬剤		回									
上記のとおり領収(診療)いたしました。					平成・令和 年 月 日							
医療機関の所在地 医療機関の名称 医療機関の電話番号 医師の氏名					⑩							

医師が証明する欄

立替払用

領 収（ 診 療 ） 明 細 書
【 歯 科 】

（備考）すでに申請の対象となる費用については領収書を発行しているときは、「領収」の字句を消し、「診療明細書」として、所定の事項を記入してください。

患者氏名						性別	男 ・ 女		生年月日		昭和・平成・令和		年		月		日											
傷病名部位								診療期間		平・令		年		月		日		から まで 日										
		(診療実日数)																点										
初診		時間外()		休日()		深夜()		乳()		乳・時間外()		乳・休日()		乳・深夜()		障()		障導()										
再診		時間外 ×		休日 ×		深夜 ×		乳 ×		乳・時間外 ×		乳・休日 ×		乳・深夜 ×		障 ×												
指導	総指	C指		P指		義歯指		継続		歯清		衛実		F局		F洗		医管		その他								
投薬・注射	内屯外注				調 × ×		処方 ×		情 × + ×		処		× ×		注		× ×											
X線・ 検査	全額	枚		模 ×		S倍 ×		平 ×		基本検査		× ×		精密検査		× ×		その他										
	標	× ×		写 ×		縦管診 ×		測 ×				× ×				× ×												
	パ	× ×		EMR		× × × ×		× ×				× ×				× ×												
処置・ 手術	う触	×		履罩 × ×		填塞 ×		除去 × × ×		知覚過敏 × ×		咬 調 × ×		ラバー ×														
	抜 髓	×		×		×		×		×		×		×		×		×		生切 ×								
		×		×		×		×		×		×		×		×		×		失切 ×								
		×		×		×		×		×		×		×		×		×										
	スケーリング	× + ×		SRP		前 ×		小 ×		大 ×		Pcur		前 ×		小 ×		大 ×		P抛 ×								
抜歯	乳	×		前 ×		臼 ×		難 ×		埋 × + ×		切開 × ×																
その他																	特定 薬剤											
麻酔	伝麻 ×		浸麻 ×		その他																							
歯 冠 修 復 及 び 欠 損 補 綴	補診					維持管理		× × ×				印象		× × × × × × × × × ×														
	歯冠形成	(前 × 生活 鑄ジ × 乳 ×		(前 × + × 失活 鑄ジ × + × 乳 × + ×		(前 × 窩洞 鑄ジ × 乳 ×		充形 × 修形 ×		咬合 × 試適 ×		× × × × × × × × × ×																
		×		×		×		×		×		× × × × × × × × × ×																
		×		×		×		×		×		× × × × × × × × × ×																
	鑄造歯冠修復			インレー単純		インレー複雑		前歯3/4冠		4/5冠		全部鑄造冠		前装鑄造冠		ジ ×		EE		×		研磨		×				
		乳前小銀		×		×		×		×		×		×		硬ジ ×		充填		× ×		× ×						
		前小バ		×		×		×		×		×		×		乳 ×		充填材料		充Ⅰ		× ×						
		前小二		×		×		×		×		×		×		修理 ×		充填材料		充Ⅱ		× ×						
		大バ		×		×				×		×				装着 × ×		充填材料		充Ⅲ		× ×						
		大銀		×		×				×		×				装着 × ×		充填材料		その他		×						
		大二		×		×				×		×				装着 × ×		充填材料		リテイナー		× ×						
	14K				×		×								材料 ×		充填材料		仮着		× ×							
	ボンテック	鑄造	バ大 ×		バ小 ×		裏装		バ大 ×		バ小 ×		Br装着		×		バ		鑄バ ×		二 ×							
		二 ×		銀 ×				14K ×		他 ×		×		×		屈曲		バ上 ×		下 ×								
		前層		バ ×		二 ×		銀 ×						×		×		不・特		双 ×		レスト無 ×		× ×				
有床義歯	1～4歯 ×		床裏装		×		鑄造鉤		14K		双大 ×		双大 ×		線鉤		14K		双 ×		不・特		双 ×		レスト無 ×		× ×	
	双小 ×										双小 ×				レスト有 ×		レスト有 ×		フック・スパー ×		× ×							
	両大 ×										両大 ×				双 ×		床修理		×		義歯調整		× ×					
	両大小 ×										両大小 ×		二		×		×		×		× ×							
	両前 ×										両前 ×				×		×		×		+		× ×					
その他																												
その他																												
摘要															合計		減額		割(円)免除・支払猶予 (上記のうち公費負担額 円)		円							
上記のとおり領収(診療)いたしました。																				平成 ・ 令和		年		月		日		
医 療 機 関 の 所 在 地																												
医 療 機 関 の 名 称																												
医 療 機 関 の 電 話 番 号																												
医 師 の 氏 名																												



薬剤師が証明する欄

立 替 払 用

領 収（調 剤）明 細 書
【 調 剤 】

（備考）すでに申請の対象となる費用について領収書を発行しているときは、「領収」の字句を消し、「診療明細書」として、所定の事項を記入してください。

患者氏名				性別	男 ・ 女		生年月日	昭和・平成・令和			年	月	日			
医 所 在 地 機 及 び 関 名 の 称					医 師 氏 名	1. 2. 3. 4. 5.					処方せん 受付回数					
											回					
医師 番号	処方月日	調剤月日	処 方		調剤 数量	調剤報酬点数			公費分点数							
医薬品名・規格・用量・剤型・用法		単位薬剤科	調剤科	薬剤科		加算科										
	・	・			点		点	点	点	点						
	・	・														
	・	・														
	・	・														
	・	・														
	・	・														
	・	・														
	・	・														
	・	・														
	・	・														
	・	・														
	・	・														
	・	・														
	・	・														
	・	・														
	・	・														
	・	・														
	・	・														
	・	・														
摘要																
調 剤 基 本 料			時 間 外 等 加 算		薬 学 管 理 料		合計	円 減額 割(円)免除・支払猶予 (上記のうち公費負担額 円)								
点			点		点											
上記のとおり領収(調剤)いたしました。											平成	・	令和	年	月	日
薬 局 の 所 在 地																
薬 局 の 名 称																
薬 局 の 電 話 番 号																
薬 局 の 氏 名																
印																