

領収（診療）明細書

【医科入院外】

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		平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで (診療実日数) 日	
初診	時間外・休日・深夜	回	点	公費分点	
再診	再診	×	回		
	外来管理加算	×	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		
投薬	その他				
	薬剤				
	内服薬	×	回	単位	
	外用薬		回	単位	
	処方薬	×	回	単位	
注射	麻毒基		回		
	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		
	薬剤		回		
検査	薬剤		回		
	薬剤		回		
画像診断	薬剤		回		
	薬剤		回		
その他	処方せん		回		
	薬剤		回		
				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。					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 医師氏名					

(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。

領収（診療）明細書

【 医 科 入 院 】

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		平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで (診療実日数) 日	
初診	時間外・休日・深夜	回	点	公費分点	
医学管理					
在宅					
投薬	内服	単位			
	屯服	単位			
	外用	単位			
	調剤	日			
	麻毒調基	日			
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				
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	
			×	日間	
	特定入院料・その他				
		食事・生活	基準	円	×
			特別	円	×
			食事環境	円	×
				円	×
		基準（生）		円	×
		特別（生）		円	×
		減・免・猶・Ⅰ・Ⅱ・3月超			
		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。					
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 医師氏名					

（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。

領収（調剤）明細書

【 調 剤 】

患者氏名		性別	男・女	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日				
医療機関の所在地及び名称		医師氏名	1.		処方せん				
			2.		受付回数				
3.	回								
4.									
5.									
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	単位薬剤料		調剤料	薬剤料	加算料	
	.	.		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	
点		点		点				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（調剤）いたしました。									
令和 年 月 日									
調剤薬局の所在地 調剤薬局の名称 調剤薬局の電話番号 薬剤師氏名									

（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、「調剤明細書」として所定の事項を記入してください。

意見および装具装着証明書

患者氏名		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日生 歳	
傷病名			入院外来の別 (該当するほうに)	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来
<p>上記傷病の治療のため平成・令和 年 月 日に</p> <p>_____の装着の必要を認め</p> <p>平成・令和 年 月 日に装着した。</p> <p>以上証明いたします。</p> <p>平成・令和 年 月 日</p> <p>医療機関の所在地</p> <p>医療機関の名称</p> <p>医療機関の電話番号</p> <p>医師氏名</p>				

弾性着衣等 装着指示書

医師が証明する欄					
氏名		性別	男・女	生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
住所					
診断名					
手術年月日	平成・令和 年 月 日				
患肢	右上肢・左上肢・右下肢・左下肢				
弾性着衣等の種類	ストッキング・スリーブ・グローブ・包帯				
着圧指示	mmHg				
特記事項					

本患者は、上記疾患のため、患肢を常時圧迫する必要があり、弾性着衣等の装着を指示しました。

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

医師氏名

※記入上の注意

- 各欄に記入または該当項目に○をつけてください。
- 「手術年月日」欄について、他院で手術を行った等の理由により詳細な日付が判らない場合は、「何年何月頃」と記入してください。
- 「患肢」及び「弾性着衣等の種類」が複数ある場合は、その内訳を「特記事項」欄に記入してください。
- 「弾性着衣等の種類」が包帯の場合は、包帯の装着を指示する理由を「特記事項」欄に記入してください。
- 「着圧指示」が30mmHg未満の場合は、装着が必要な理由を「特記事項」欄に記入してください。

領収（診療）明細書

【 歯 科 】

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			平成・令和 年 月 日か ら 平成・令和 年 月 日まで				
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	全顎	模 ×	S培 ×	平測 ×	基本 ×	精密 ×	その他 ×		
	標 × ×	写 ×	継管診 ×	測 ×	検査 ×	検査 ×	他 ×		
処置・手術	う触	×	履罩 × ×	填塞 ×	除去 × × ×	知覚過敏 × ×	咬調 × ×	ラバー ×	
	抜	×	感染 ×	根管 ×	根 ×	抜髓 ×	感根 ×	加圧 × 生切 ×	
	髓 ×	根拠 ×	根管 ×	充 ×	即充 ×	即充 ×	根充 ×	根充 × 失切 ×	
その他	スケーラ	× + ×	SRP 前 ×	小 ×	大 ×	Peur 前 ×	小 × 大 ×	P処 ×	
	拔牙	乳 ×	前 ×	白 ×	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) 鑲 ×	(前 × + × 失活) 鑲 ×	(窩洞 ×) 鑲 ×	充形 ×	咬合 ×	× × × × × × × × × ×		
	鑄造歯冠修復	乳前小銀	×	×	×	×	×	硬	× × × × × × × × × ×
		前小バ	×	×	×	×	×	乳	× × × × × × × × × ×
		前小二	×	×	×	×	×	修理	× × × × × × × × × ×
		大バ	×	×	×	×	×	装着	× × × × × × × × × ×
		大銀	×	×	×	×	×	装着	× × × × × × × × × ×
		大二	×	×	×	×	×	装着	× × × × × × × × × ×
		14K	×	×	×	×	×	装着	× × × × × × × × × ×
	ポイント	鑄バ大 ×	バ小 ×	裏装 14K ×	バ大 ×	バ小 ×	Br 装着 ×	バ 鑄バ ×	二 × × × × × × × × × ×
有床義歯	1~4 歯	×	×	×	×	×	線 14 双 ×	不 双 ×	× × × × × × × × × ×
	5~8 歯	×	×	×	×	×	線 14 双 ×	不 双 ×	× × × × × × × × × ×
	9~11 歯	×	×	×	×	×	線 14 双 ×	不 双 ×	× × × × × × × × × ×
	12~14 歯	×	×	×	×	×	線 14 双 ×	不 双 ×	× × × × × × × × × ×
	総義歯	×	×	×	×	×	線 14 双 ×	不 双 ×	× × × × × × × × × ×
その他									
摘要						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。									
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 医師氏名									

(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。