

※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。

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。

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。									
領収者氏名 印									
被保険者氏名		※記号		番号		生年月日		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) 診療開始日		(1) 年 月 日		転 治 癒		死 亡	
(2)		(2)		(2)				中 止	
(3)		(3)		(3)		場		診 療 実 日 数	
⑪ 初 診		時間外・休日・深夜		日 点					
⑫ 再 診		再 診		×		回			
⑬ 指 導		時間外		×		回			
		休 日		×		回			
		深 夜		×		回			
⑭ 在 宅		往 診		×		回			
		夜 間		×		回			
		深夜・緊急		×		回			
		診療時間		×		回			
		その他							
		薬 剤							
⑯ 投 薬		21内服 薬剤		×		単位			
		22屯服 薬剤				単位			
		23外用 薬剤				単位			
		24調剤		×		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				回			
		薬剤							
合 計		点		薬剤一部負担金相当額		円		決 定 ※ 円 印	

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。