

国民健康保険療養費領収書 (内容明細書) (入院)

医療機関所在地
及び医療担当者氏名

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。										
被 保 者 氏 名					領 収 者 氏 名					
※ 記号 番号					男・女					
様					年 月 日 生					
業務上の事由		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	診療実日数	日	
⑪ 初診	時間外・休日・深夜		回	点						
⑬ 指導										
⑭ 在宅										
⑳ 投薬	㉑ 内服	単位								
	㉒ 屯服	単位								
	㉓ 外用	単位								
	㉔ 調剤	日								
	㉕ 麻毒	日								
㉖ 調基										
	㉗ 調基									
㉘ 注射	㉙ 皮下筋肉内	回								
	㉚ 静脈内	回								
	㉛ その他	回								
㉜ 処置	薬 剤		回							
㉝ 手麻酔	薬 剤		回							
㉞ 検査	薬 剤		回							
㉟ 画像診断	薬 剤		回							
㊱ その他	薬 剤									
㊲ 入院	入院年月日		年 月 日							
	病	診	㊳ 入院基本料・加算		点					
			×	日間						
			×	日間						
		×	日間							
		×	日間							
		㊴ 特定入院料・その他								
㊵ 食事	基準	×	日間	合	請 求		決 定		備 考	
		×	日間		計	療養の給付		※		点
		×	日間			食 事 療 養		※		
※ 高額療養費				円	日		円		円	

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。