

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。		領収者氏名 ㊤	
内容以下のとおり。		※ 記号 番号	
被 保 者 氏 名	様	男・女	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
⑫ 再 診	再 診	×	回
	外 来 管 理 加 算	×	回
	時 間 外	×	回
	休 日	×	回
	深 夜	×	回
⑬ 指 導			
⑭ 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		
	薬 剤		
⑳ 投 薬	⑲ 内 服	{ 薬 剤 調 剤 ×	単 位 回
	⑳ 屯 服 薬 剤		単 位
	㉑ 外 用	{ 薬 剤 調 剤 ×	単 位 回
	㉒ 処 方	×	回
	㉓ 麻 毒		回
	㉔ 調 基		
㉕ 注 射	㉖ 皮 下 筋 肉 内		回
	㉗ 静 脈 内		回
	㉘ そ の 他		回
㉙ 処 置			回
	薬 剤		
㉚ 手 麻 術 酔			回
	薬 剤		
㉛ 検 査			回
	薬 剤		
㉜ 画 診 断			回
	薬 剤		
㉝ そ の 他	処 方 せ ん		回
	薬 剤		
合 計		薬 剤 一 部 負 担 金 相 当 額	円
		決 定	※ 円

医療機関所在地
及び医療担当者氏名

㊤

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。