

診療費等領収明細書

(療養費申請用)

患者名		男 女	昭 平 令	年	月	日生							
傷病名			診療期間		診療実日数		転 帰						
			自	年	月	日	日	治	死	繰	転	中	
			至	年	月	日		癒	亡	越	医	止	
診療の内容			摘 要										
診 察 料	初診 (深夜)	回	円										
	再診	回	円										
	往診	普通・夜間 深夜・難路 暴風雨雪 同一家屋	回										円
	深夜手当		回										円
投 薬 料	内服薬	一剤 二剤	日分	円									
	屯服		回	円									
	外用	回	円										
注 射 料	皮下筋肉内	回	円										
	静脈内	回	円										
	その他	回	円										
処置料		回	円										
手術料		回	円										
検査料		回	円										
その他			円										
入院料	<input type="checkbox"/> 看自 月 日 <input type="checkbox"/> 食 日間 <input type="checkbox"/> 寝至 月 日 (無)		円										
合計			円										

上記金額を領収したことを証明します。

年 月 日

診療機関 所在地
名称(氏名)

