

診療報酬(医科)領収済証明書																					
療 養 者 氏 名				生 年				性 別		当 院 の 区 分											
				昭・平・令 年生				男・女		保 険 医 療 機 関				非 保 険 医 療 機 関							
傷 病 名				診 療 開 始 日				療 養 期 間													
								自				至									
(1)				平成・令和 年 月 日				平成・令和 年 月 日				平成・令和 年 月 日									
(2)				平成・令和 年 月 日				平成・令和 年 月 日				平成・令和 年 月 日									
(3)				平成・令和 年 月 日				平成・令和 年 月 日				平成・令和 年 月 日									
⑪ 初診		時間外・休日・深夜										回		円		診療実日数		転 帰			
⑫ 再診	再	外来	管理	加算	×	回	円	日	治	ゆ	死	亡	中	止							
	時	間	外	加算	×	回	円														
	休	日	加算	×	回	円															
	深	夜	加算	×	回	円															
⑬ 指導												円									
⑭ 在宅	往	夜	診			回	円														
	深	夜	・	緊		回	円														
	在	宅	患	者	訪	問	回	円													
	そ	の	他			回	円														
⑯ 投薬	⑳	内	服	{	薬剤	×	単位	円													
	㉑	屯	服	{	薬剤		単位	円													
	㉒	外	用	{	薬剤	×	単位	円													
	㉓	調	剤				回	円													
	㉔	処	方			×	回	円													
	㉕	麻	毒				回	円													
	㉖	調	基				回	円													
⑰ 注射	㉗	皮	下	筋	肉		回	円													
	㉘	静	脈				回	円													
	㉙	そ	の	他			回	円													
⑱ 処置	薬 剤					回	円														
⑲ 手術	薬 剤					回	円														
⑳ 検査	薬 剤					回	円														
㉑ 画像	薬 剤					回	円														
㉒ 断	薬 剤					回	円														
㉓ 其他	処 方					回	円														
㉔ 其	薬 剤					回	円														
入院年月日		平成・令和 年 月 日				※ 投薬内訳															
㉕ 入院	病	診	衣	㉕	入	料	円	㉕ 内 服				種類×	日分								
				×	日	間	円					種類×	日分								
				×	日	間	円					種類×	日分								
				㉖	入	医	円	㉖ 屯 服				種類×	回分								
			㉗	理	院	円															
			㉘	学	料	円	㉖ 外 用				種類×	回分									
			㉙	時	費	円															
			㉚	特	定	円															
			㉛	其	他	円															
㉜ 食事	基						合	計	療	円											
	準									食											
	円× 日間 円× 日間 円× 日間					日					円										
上記の金額は、自費診療扱いで 郵便番号(-)																					
領収済であることを証明します。 医療機関 所在地 TEL																					
令和 年 月 日 医 師 名																					

医療機関におねがい。

- 診療内容内訳については月毎にレセプト同様記入してください。
- 保険診療扱いの場合は証明しないでください。