

被保険者証の記号・番号				④ 被保険者の (申請者) 氏名	(フリガナ)
①	②	③			

患者名		傷病名	
-----	--	-----	--

入院外				入院				
初診	時間外・休日・深夜	回		初診	時間外・休日・深夜	回		
再診	再診 外来管理加算 時間外 休日 深夜	× × × ×	回 回 回 回	投薬	内服 外用 調剤 麻酔	× × × ×	単位 単位 日 日	
指導				注射	皮下筋肉内 静脈内 その他	回 回 回		
在宅	往診 夜間 深夜・緊急 在宅患者訪問診療 その他 薬剤	回 回 回 回		処置	薬 剤	回 回		
投薬	内服 { 薬 剤 } 頓服 { 薬 剤 } 外用 { 薬 剤 } 処方 麻酔 毒基	× × × ×	単位 単位 単位 回 回	手術・酔	薬 剤	回 回		
注射	皮下筋肉内 静脈内 その他	回 回 回		検査	薬 剤	回 回		
処置	薬 剤	回 回		画像診断	薬 剤	回 回		
手術・酔	薬 剤	回 回		その他	薬 剤	回		
検査	薬 剤	回 回		入院	入院年月日	年 月 日		
画像診断	薬 剤	回 回			病診衣	× × ×	日間 日間 日間	
その他	処方せん 薬 剤	回 回			入院時医学管理料	× × ×	日間 日間 日間	
合計		円		食事	特定入院料・その他			
				基準				
					円 × 円 × 円 ×	日間 日間 日間		
				合計		円		

(備考)すでに申請の対象となる費用については領収証明を発行しているときは、「領収」の字句を消し、「診療明細書」として所定の事項を記入してください。
 (添付書類についての注意)
 (1)歯科診療に関する申請のときは、別の領収書をつけてください。
 (2)輸血に関する申請のときは、「輸血を必要と認めた医療担当者の証明書」および「血液代金の領収書」をつけてください。

上記のとおり領収（診療）いたしました。
 年 月 日
 住所 〒
 医師の氏名

社会保険労務士 記載欄	
----------------	--