



# 領収（診療）明細書

※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。

氏名			診療実日数	日				
傷病名	(1) (2) (3)			診療開始日	(1) 年 月 日 (2) 年 月 日 (3) 年 月 日			
初診	時間外・休日・深夜	×	回	円	転帰	治ゆ	死亡	中止
再診	再診 外来管理加算 時間外 休日 深夜	× × × ×	回 回 回 回		※ 薬名・用量等の明細			
指導								
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					
投薬	内服 薬剤 調剤 外用 薬剤 調剤 処方 麻毒 調基	×  ×	単回 単回 単回 回 回					
注射	皮下筋肉内 静脈内 その他		回 回 回					
処方	処置 薬剤		回					
手術	手術・麻酔 薬剤		回					
検査	検査 薬剤		回					
画像	画像診断 薬剤		回					
その他	処方せん その他 薬剤		回					
入院	入院年月日 月 日～ 月 日 日間			① 合計		円		
	入院料 入院時医学管理料 特入・その他 食事	× ×	日 日	② 薬剤一部負担金額		円		
		円×	日	③ 公費負担額		円		
上記のとおり領収（診療）いたしました。 <div style="text-align: right;">令和 年 月 日</div> 医療機関の所在地 医療機関の名称 医師の氏名 医療機関の電話番号								

※骨髄、臍帯血等の搬送時のみ添付

## 骨髄、臍帯血等の搬送に関する医師の意見書

被保険者証 記号番号	—	該当者氏名		性別	男 ・ 女
傷病名					
搬送期間	平成・令和 年 月 日 から		搬送回数		回
	平成・令和 年 月 日 まで				
搬送区間	から まで				
	( 片道 ・ 往復 )		(搬送した距離 約 km)		
搬送手段	新幹線 ・ 電車 ・ 車 ・ その他( )				
搬送を必要と認めた理由					
上記のとおり、搬送の必要を認めます。					
令和 年 月 日					
医療機関名					
所在地					
医師氏名					
電話番号 — —					