

支払金融機関の欄	⑰ 支払区分	※ 1:振込	⑲ 預金種別	1:普通 2:当 3:通 4:別	⑳ 口座番号	1	2	3	4	5	6	7
	⑱ 金融機関コード	※		銀行 金庫 農協		〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇
	⑳ 口座番号			口座名義		共同 太郎	フリガナ	キョウドウ タロウ				

受取代理人の欄	⑳ 本請求に基づき給付金に関する受領を代理人に委任します。											
	令和〇〇年〇〇月〇〇日											
	被保険者住所 (申請者) 氏名						△△県△△市△△町△-△-△ 共同 太郎					
	⑳ 代理人の氏名 (フリガナ) 〇〇〇〇カブシキガイシャ 〇〇〇〇株式会社						㉑ 委任者と代理人との関係 事業主					
代理人の住所						⑳ 郵便番号 〇〇〇 - 〇〇〇〇 (フリガナ) 〇〇ケン〇〇シ〇〇マチ						
住所コード						㉒ 住所コード 〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇-〇						

領収(診療)明細書

患者名		傷病名	
入院			
初診	時間外・休日・深夜	初診	時間外・休日・深夜
再診	再診 〇 回 外来管理加算 〇 回 時間外 〇 回 休日 〇 回 深夜 〇 回	投薬	服薬 〇 日 外用剤 〇 日 調剤 〇 日 麻酔 〇 日
在宅	往診 〇 回 夜間 〇 回 深夜・緊急 〇 回 在宅患者訪問診療 〇 回 その他 〇 回	注射	皮下筋肉内 〇 回 静脈内 〇 回 その他 〇 回
投薬	内服 { 薬剤 〇 回 調剤 〇 回 } 外用 { 薬剤 〇 回 調剤 〇 回 } 処方 〇 回 麻酔 〇 回	処置	薬 〇 回 検査 〇 回 画像診断 〇 回 その他 〇 回
注射	皮下筋肉内 〇 回 静脈内 〇 回 その他 〇 回	入院	入院年月日 年 月 日 病診衣 入院料 〇 日間 学入院時料 〇 日間 管理料 〇 日間 医料 〇 日間
処置	薬 〇 回	食事	基準 〇 日間 円× 〇 日間 円× 〇 日間 円× 〇 日間
検査	薬 〇 回	合計	円
画像診断	薬 〇 回		
その他	処方せん 〇 回 薬 〇 回		
合計		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」の字句を消し、「診療証明書」として所定の事項を記入してください。
(添付書類) 海外に於ける診療に関する申請のときは、「領収内容明細書」及び「領収明細書」をつけてください。
(4) 海外に於ける診療に関する申請のときは、「領収内容明細書」及び「領収明細書」をつけてください。
(3) コルセツトの領収書は、「領収明細書」及び「領収明細書」をつけてください。
(2) 輸血に関する申請のときは、「輸血を必要と認められた者の証明書」及び「血液代金の領収証書」をつけてください。
(1) 海外に於ける診療に関する申請のときは、「領収明細書」及び「領収明細書」をつけてください。
(添付書類) 海外に於ける診療に関する申請のときは、「領収内容明細書」及び「領収明細書」をつけてください。

上記のとおり領収(診療)いたしました。
令和 年 月 日
住所
医師の氏名