

領 収 (診 療) 明 細 書

(備考) すでに申請の対象となる費用については、領収書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。

患者氏名				性別	男 ・ 女	生年月日	昭和 平成 令和		年	月	日
傷病名		(1) (2) (3)			診療期間		令和 年 月 日 から 年 月 日 まで (診療実日数) 日				
初診		時間外 ・ 休日 ・ 深夜			回	点	公費分点数				
再 診	再 診	×		回							
	外来管理加算	×		回							
	時 間 外	×		回							
	休 日	×		回							
診	深 夜	×		回							
	医学管理										
	在 宅	往 診			回						
		夜 間			回						
深 夜 ・ 緊 急				回							
在宅患者訪問診療				回							
そ の 他											
薬	内 服 薬 剤			単位							
	調 剤	×		回							
	屯 服 薬 剤			単位							
	外 用 薬 剤			単位							
	調 剤	×		回							
投	処 方	×		回							
	麻 毒			回							
	調 基										
注 射	皮下筋肉内			回							
	静 脈 内			回							
	そ の 他			回							
処 置	薬 剤			回							
手 麻 術 酔				回							
	薬 剤										
検 査	薬 剤			回							
画 診 像 断				回							
	薬 剤										
そ の 他	処 方 せ ん			回							
	薬 剤			回							
合計							円				
							減額 割(円)免除・支払猶予 (上記のうち公費負担額 円)				
上記のとおり領収(診療)いたしました。											
令和 年 月 日											
医療機関の所在地											
医療機関の名称											
医療機関の電話番号											
医師の氏名											

領 収 (診 療) 明 細 書

(備考) すでに申請の対象となる費用については、領収書の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。

患者氏名				性別	男 ・ 女	生年月日	昭和 平成 令和		年	月	日
傷病名		(1) (2) (3)			診療期間	令和 年 月 日 から 年 月 日 まで (診療実日数) 日					
初 診		時間外 ・ 休日 ・ 深夜				回	点	公費分点数			
医学管理											
在 宅											
投 薬	内 服					単位					
	屯 服					単位					
	外 用					単位					
	調 剤					日					
	麻 毒					日					
注 射	調 基										
	皮下筋肉内					回					
	静 脈 内					回					
処 置	そ の 他					回					
	薬 剤										
手麻 術酔	薬 剤					回					
	薬 剤										
検 査	薬 剤					回					
	薬 剤										
画診 像断	薬 剤					回					
	薬 剤										
入 院	そ の 他					薬 剤					
	入院年月日 年 月 日										
	病	診	入院基本料・加算				点				
			×		日間						
			×		日間						
			×		日間						
			×		日間						
			×		日間						
		特定入院料・その他									
食 事 ・ 生 活		基準		円×		回					
		特別		円×		回					
		食事		円×		日					
		環境		円×		日					
		基準(生)		円×		回					
		特別(生)		円×		回					
		減 ・ 免 ・ 猶 ・ I ・ II ・ 3月超									
合 計		減額 制(円)免除・支払猶予 (上記のうち公費負担額 円)						円			
上記のとおり領収(診療)いたしました。											
令和 年 月 日											
医療機関の所在地											
医療機関の名称											
医療機関の電話番号											
医師の氏名											

領 収 （ 調 剤 ） 明 細 書

（備考）すでに申請の対象となる費用について領収書を発行しているときは、「領収」の字句を消し、調剤明細書」として、所定の事項を記入してください。

患者氏名				性別	男 ・ 女		生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日			
医 所 療 在 機 地 関 及 の 名 称					医 師 氏 名	1 . 2 . 3 . 4 . 5 .			処方せん 受付回数		
									回		
医師 番号	処方月日	調剤月日	処 方		調剤 数量	調剤報酬点数			公費分点数		
			医薬品名・規格・用量・剤型・用法	単位薬剤料		調剤料	薬剤料	加算料			
	・	・			点		点	点	点	点	
	・	・									
	・	・									
	・	・									
	・	・									
	・	・									
	・	・									
	・	・									
	・	・									
	・	・									
	・	・									
	・	・									
	・	・									
	・	・									
	・	・									
	・	・									
	・	・									
	・	・									
	・	・									
	・	・									
	・	・									
	・	・									
摘要											
調 剤 基 本 料			時 間 外 等 加 算		薬 学 管 理 料		合 計		円		
点			点		点				減額 割(円)免除・支払猶予 (上記のうち公費負担額 円)		
上記のとおり領収(調剤)いたしました。											
令和 年 月 日											
薬 局 の 所 在 地 薬 局 の 名 称 薬 局 の 電 話 番 号 薬 剤 師 の 氏 名											

領 収 (診 療) 明 細 書

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、診療明細書」として、所定の事項を記入してください。

患者氏名		性別	男・女	昭和 平成 令和	年	月	日						
傷病名部位		診療期間		令和 年	月	日から 日まで	(診療実日数) 日						
初診		時間外()	休日()	深夜()	乳()	乳・時間外()	乳・休日()	乳・深夜()	障()	嚥導()	点		
再診		時間外 ×	休日 ×	深夜 ×	乳 ×	乳・時間外 ×	乳・休日 ×	乳・深夜 ×	障 ×				
指導	総指	C指	P指	義歯指	継続	歯清	衛実	F局	F洗	医管	その他		
投薬・注射	内処外注		調 × ×	処方 ×	情 × +	× ×	処 × ×	注 × ×					
X線・検査	全顎 標 × × パ × ×	枚模 × 写 × EMR × × × ×	S培 × 継管診 × × × × ×	平測 × × × × ×	基本 × × × × ×	精密 × × × × ×	× × × × × × × ×	その他 × × × ×					
処置・手術	う触 ×	履罩 × ×	填塞 ×	除去 × × ×	知覚過敏 × ×	咬調 × ×	ラバー ×						
	抜 ×	感染 ×	根管 ×	根 ×	拔髓 ×	感根 ×	加圧 ×	生切 ×					
	髓 ×	根 ×	貼 ×	充 ×	即充 ×	根 ×	根 ×	切 ×					
	スケーリング × + ×	SRP 前 ×	小 ×	大 ×	Pcur 前 ×	小 ×	大 ×	P処 ×					
	拔牙 乳 ×	前 ×	白 ×	難 ×	理 × + ×	切開 × ×							
	その他					特定薬剤							
麻酔	伝麻 ×	浸麻 ×	その他										
歯冠修復及び欠損補綴	補植		維持管理 × × ×	印象 × × × × × × × × × ×									
	歯冠形成（生活）	（前 × 鑄シ' × 乳 ×	（失活） （前 × + × 鑄シ' × + × 乳 × + ×	（常洞） × × × × × × × × × ×	充填 × 修形 ×	咬合試験 × × × × × × × ×							
		支台築造	メタル	前小 ×	大 ×	その他	前小 ×	大 ×					
		インレー単純	インレー複雑	前歯3/4冠	4/5冠	全部铸造冠	前装铸造冠	ジ ×	EE ×	研磨 ×			
		乳前小銀	× × × × × ×	硬ジ ×	充填 ×	× × × ×							
		前小バ	× × × × × ×	乳 ×	充填材料 ×	充Ⅰ × ×							
		前小二	× × × × × ×	修理 ×	充Ⅱ × ×								
		大バ	× × × × × ×	装着 × ×	充Ⅲ × ×								
	大二	× × × × × ×	装着材料 × × ×	リデイナー × ×									
	14K	× × × × × ×	仮着 × ×										
ボンテック	鑄造 ×	バ大 ×	裏装 ×	バ大 ×	バ小 ×	Br装着 ×	バ ×	鑄 ×	パ ×	一 ×			
有床義歯	1～4歯 ×	× × × × × ×	双大 ×	双大 ×	14 K 雙鉤 ×	レスト有 ×	不双 ×	レスト無 ×	フック・スパー ×	人工歯 × ×			
	5～8歯 ×	× × × × × ×	双小 ×	双小 ×	× × × × × ×	× × × × × ×	× × × × × ×	× × × × × ×	× × × × × ×	× × × × × ×			
	9～11歯 ×	× × × × × ×	両大 ×	両大 ×	× × × × × ×	× × × × × ×	× × × × × ×	× × × × × ×	× × × × × ×	× × × × × ×			
	12～14歯 ×	× × × × × ×	両大小 ×	両大小 ×	× × × × × ×	× × × × × ×	× × × × × ×	× × × × × ×	× × × × × ×	× × × × × ×			
	総義歯 ×	× × × × × ×	両前 ×	両前 ×	× × × × × ×	× × × × × ×	× × × × × ×	× × × × × ×	× × × × × ×	× × × × × ×			
	床裏装	× × × × × ×	× × × × × ×	× × × × × ×	× × × × × ×	× × × × × ×	× × × × × ×	× × × × × ×	× × × × × ×	× × × × × ×			
	铸造鈎	× × × × × ×	× × × × × ×	× × × × × ×	× × × × × ×	× × × × × ×	× × × × × ×	× × × × × ×	× × × × × ×	× × × × × ×			
	その他												
摘要							合計	減額 割(円)免除・支払猶予 (上記のうち公費負担額)				円	
上記のとおり領収(診療)いたしました。 令和 年 月 日 医療機関の所在地 医療機関の名称 医療機関の電話番号 医師の氏名													