

※「療養費支給申請書(立替払等)」に「診療報酬明細書」と「領収書」を添付できない場合はこの証明が必要になります。

医師が証明する欄

診療報酬(領収)明細書

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

上記のとおり領収(診療)いたしました。

令和 年 月 日

医療機関所在地

医療機関名称

医師名