

※「療養費支給申請書(立替私等)」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です。

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		皮下筋肉内		回		
	<p>保険証が使用できずに 10 割を支払い 「診療報酬明細書」と「領収書」が添付できない場合 受診した医療機関で証明を受けてください。</p>								
投薬	外用			診断	薬剤		回		
	調剤	×	回		その他	処方せん	×	回	
	処方	×	回			薬剤		回	
	麻毒	×	回			入院年月日	令和 年 月 日		
注射	調基			入院	入院料	×	日間		
	皮下筋肉内		回		入院時医学管理料	×	日間		
	静脈内		回		特定入院料	×	日間		
処置	その他		回		その他	×	日間		
	薬剤		回		食事・生活	×	日間		
手術 麻酔	薬剤		回		基準		円		
	薬剤		回		食事		円		
検査	薬剤		回	生活		円			
	薬剤		回	環境		円			
画像 診断	薬剤		回	合計		円			
	処方せん	×	回	合計		円			
その他	薬剤		回						
	薬剤		回						
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