

領 収 (診 療) 明 細 書

患者名				傷病名				
初診	円	検 査	皮下筋肉内 静脈内	回 回 回	円			
	時間外 深夜							
再診	円	検 査				円		
	時間内		回					
	時間外 深夜		回 回					
往診	円	レ ン ト ゲ ン	透 視 造 影 剤	回 回 回	円			
	普通・難路							回
	夜間・暴風雨雪							回
	同一家屋							回
指導				処 置	円			
	投 薬	円	及 び					手 術
入 院				そ の 他	円			
	1月未満	日間(月日～月日)						
	1月～3月未満	日間(月日～月日)						
食 事 療 養				合 計	円			
	3月以上	日間(月日～月日)						
食事療養 食								

【添付資料についての注意】

次の場合にはこの領収（診療）明細書は必要ありません。

① 歯科診療に関する申請のときは、別の領収書・明細書をつけて下さい。医科・調剤の場合でも診療内容がわかる領収明細書がある場合はこの領収明細書は不要です。

② 輸血に関する申請のときは、輸血を必要と認めた医療担当者の証明書」及び、「血液代金の領収書」をつけて下さい。

③ コルセット等治療用器具に関する申請のときは、「器具が傷病の治療の必要と認め、装着（適合）を確認する保険医の証明書」並びに「領収書」をつけて下さい。

④ 靴型器具に関する申請のときは、写真の添付が必要です。詳細は健康保険組合へご連絡ください。

上記の通り領収（診療）致しました。

年 月 日

医療機関名

所在地

電話番号
担当医師氏名

印

- 注 意 事 項**
- ① 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」の文字を消し、「診療明細書」として所定の事項を記入して下さい。
 - ② 診療明細書の各欄は詳細に記入して下さい。
(投薬・注射等は薬名・規格・数量等まで詳しく記入して下さい。)
 - ③ 訂正したところには氏名の脇に押した印を訂正印として使用して下さい。