

医師が証明する欄

医療機関・入院

## 診療報酬領収済明細書 【 医 科 入 院 】

患者氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日
傷病名	(1) (2) (3)	診療期間		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					
	内 服	単位			
	頓 服	単位			
	外 用	単位			
	調 剤	日			
	麻 毒	日			
	調 基				
注射	皮下筋肉内	回			
	静脈内	回			
	その他	回			
処置	薬 剤	回			
手麻酔	薬 剤	回			
検査	薬 剤	回			
画像診断	薬 剤	回			
その他	薬 剤				
入 院	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	基準	円 ×	回	
	生 活	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			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。

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

印