

診療費等領収明細書

(療養費申請用)

患者名		男 女	昭 平	年	月	日生						
傷病名		診療期間		診療実日数		転 帰						
		自	年	月	日	日	治	死	繰	転	中	
		至	年	月	日		癒	亡	越	医	止	
診療の内容		摘 要										
診 察 料	初診 (深夜)	回	円									
	再診	回	円									
	往診	普通・夜間 深夜・難路 暴風雨雪 同一家屋	回	円								
	深夜手当		回	円								
投 薬 料	内服薬	一剤 二剤	日分	円								
	屯服		回	円								
	外用	回	円									
注 射 料	皮下筋肉内	回	円									
	静脈内	回	円									
	その他	回	円									
処 置 料		回	円									
手 術 料		回	円									
検 査 料		回	円									
そ の 他			円									
入 院 料	賄看自 月 日 (無)食至 月 日 寝 日間		円									
合 計			円									

上記金額を領収したことを証明します。

年 月 日

診療機関 所在地
名称(氏名)

印