医師が証明する欄

# 領収（診療）明細書

## 【医科入院】

| 患者氏名 | | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 昭和・平成・令和　年　月　日 |
|---|---|---|---|---|---|
| 傷病名 | （1）<br>（2）<br>（3） | 診療期間 | 令和　年　月　日から<br>年　月　日まで<br>（診療実日数）　日 | | |

| | | | 公費分点数 |
|---|---|---|---|
| 初診 | 時間外・休日・深夜　回　点 | | |
| 医学管理 | | | |
| 在宅 | | | |
| 投薬 | 内服 | 単位 | |
| | 屯服 | 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 | | 回 | |
| | 薬剤 | | |
| 麻酔手術 | | 回 | |
| | 薬剤 | | |
| 病理検査 | | 回 | |
| | 薬剤 | | |
| 診断画像 | | 回 | |
| | 薬剤 | | |
| 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・生活 | | |
|---|---|---|
| | 基準 | 円 × 回 |
| | 特別 | 円 × 回 |
| | 食堂 | 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<br>減額　割（円）免除・支払猶予<br>（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。

令和　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

（備考）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」の字句を消し、「診療明細書」として、所定の事項を記入してください。

協和キリン健康保険組合

医師が証明する欄

# 領収（診療）明細書

## 【医科入院外】

| 患者氏名 | | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 昭和・平成・令和　年　月　日 |
|---|---|---|---|---|---|
| 傷病名 | （1）<br>（2）<br>（3） | | | 診療期間 | 令和　年　月　日から<br>年　月　日まで<br>（診療実日数）　日 |

| | | | | | 公費分点数 |
|---|---|---|---|---|---|
| 初診 | 時間外・休日・深夜 | | 回 | 点 | |
| 再診 | 再診 | × | 回 | | |
| | 外来管理加算 | × | 回 | | |
| | 時間外 | × | 回 | | |
| | 休日 | × | 回 | | |
| | 深夜 | × | 回 | | |
| 医学管理 | | | | | |
| 在宅 | 往診 | | 回 | | |
| | 夜間 | | 回 | | |
| | 深夜・緊急 | | 回 | | |
| | 在宅患者訪問診療 | | 回 | | |
| | その他 | | | | |
| | 薬剤 | | | | |
| 投薬 | 内服 薬剤 | | 単位 | | |
| | 内服 調剤 | × | 回 | | |
| | 屯服 薬剤 | | 単位 | | |
| | 外用 薬剤 | | 単位 | | |
| | 外用 調剤 | × | 回 | | |
| | 処方 | × | 回 | | |
| | 麻毒 | | 回 | | |
| | 調基 | | | | |
| 注射 | 皮下筋肉内 | | 回 | | |
| | 静脈内 | | 回 | | |
| | その他 | | 回 | | |
| 処置 | 薬剤 | | 回 | | |
| 麻酔手術 | 薬剤 | | 回 | | |
| 病理検査 | 薬剤 | | 回 | | |
| 診断画像 | 薬剤 | | 回 | | |
| その他 | 処方せん | | 回 | | |
| | 薬剤 | | | | |

| 合計 | 円<br>減額　割（円）免除・支払猶予<br>（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。

令和　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

（備考）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」の字句を消し、「診療明細書」として、所定の事項を記入してください。

薬剤師が証明する欄

# 領収（調剤）明細書

## 【調　剤】

| 患者氏名 | | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 昭和・平成・令和　年　月　日 |
|---|---|---|---|---|---|
| 医療機関の所在地及び名称 | | 医師氏名 | 1.<br>2.<br>3.<br>4.<br>5. | 処方せん受付回数 | 回 |

| 医師番号 | 処方月日 | 調剤月日 | 処方 医薬品名・規格・用量・剤形・用法 | 処方 単位薬剤料 | 調剤数量 | 調剤報酬点数 薬剤調製料 調剤管理料 | 調剤報酬点数 薬剤料 | 調剤報酬点数 加算料 | 公費分点数 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ・ | ・ | | 点 | | 点 | 点 | 点 | 点 |
| | ・ | ・ | | | | | | | |
| | ・ | ・ | | | | | | | |
| | ・ | ・ | | | | | | | |
| | ・ | ・ | | | | | | | |
| | ・ | ・ | | | | | | | |
| | ・ | ・ | | | | | | | |
| | ・ | ・ | | | | | | | |
| | ・ | ・ | | | | | | | |
| | ・ | ・ | | | | | | | |
| | ・ | ・ | | | | | | | |
| | ・ | ・ | | | | | | | |
| | ・ | ・ | | | | | | | |
| | ・ | ・ | | | | | | | |
| | ・ | ・ | | | | | | | |
| | ・ | ・ | | | | | | | |
| | ・ | ・ | | | | | | | |
| | ・ | ・ | | | | | | | |
| | ・ | ・ | | | | | | | |
| | ・ | ・ | | | | | | | |
| | ・ | ・ | | | | | | | |
| | ・ | ・ | | | | | | | |
| | ・ | ・ | | | | | | | |
| | ・ | ・ | | | | | | | |
| 摘要 | | | | | | | | | |

| 調剤基本料 | 時間外等加算 | 薬学管理料 | 合計 | 円 |
|---|---|---|---|---|
| 点 | 点 | 点 | | 減額　割（円）免除・支払猶予<br>（上記のうち公費負担額　円） |

**上記のとおり領収（調剤）いたしました。**

令和　年　月　日

薬局の所在地
薬局の名称
薬局の電話番号
薬剤師の氏名

（備考）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」の字句を消し、「調剤明細書」として、所定の事項を記入してください。

医師が証明する欄

# 領収（診療）明細書

## 【歯科】

| 患者氏名 | | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 昭和・平成・令和　年　月　日 |
|---|---|---|---|---|---|
| 傷病名部位 | | 診療期間 | 令和　年　月　日から<br>年　月　日まで<br>（診療実日数）　日 | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 初診 | 時間外 | 休日 | 深夜 | 乳 | 乳・時間外 | 乳・休日 | 乳・深夜 | 特 | 特導 | 特連 | 特地 | 外来環 | 点 | | | | | |
| 再診 | × | 時間外 × | 休日 × | 深夜 × | 乳 × | 乳・時間外 × | 乳・休日 × | 乳・深夜 × | 特 × | 再外来環 × | | | | | | | | |
| 管理・リハ | 歯管 + + + + + | 義管 | 実地指 | P画像 × × | 歯リ | その他 | | | | | | | | | | | | |
| 投薬・注射 | 内屯外注 | 調 × × | 処方 × + × | 情 × + × | 処 × + × | 注 × × | | | | | | | | | | | | |
| X線検査 | 全顎 枚 | 色調 × | P混検 × | P部検 × | 基本検査 × | 精密検査 × | その他 | | | | | | | | | | | |
| | 標 × × | S培 × | 顎運動 × | 菌検 × | × | × | | | | | | | | | | | | |
| | パ × × | EMR × × × × | | | × | × | | | | | | | | | | | | |
| 処置・手術 | う蝕 × | 保護 × × × | Rコ × | 填塞 × × | Hy s × × | 咬調 × × | | | | | | | | | | | | |
| | 抜髄 × × × | 感根処 × × × | 根貼 × × × | 根充 × × × | 加圧根充 × × × + × + × | 生切 × × | 除去 × × × | T.cond × | F局 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | 歯清 | P処 × | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | SPT | P重防 | | | | | | | | | |
| | S C × + × × + × | SRP前 × | 小 × | 大 × | 前 × | 小 × | 大 × | | | | | | | | | | | |
| | 抜歯 乳 × | 前 × + × | 臼 × + × | 埋 × + × | 切開 × × | | | | | | | | | | | | | |
| | その他 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻酔 | 伝麻 × | 浸麻 × | その他 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 歯冠修復及び欠損補綴 | 補診 × × | 維持管理 × × × | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 歯冠形成 | （生単）前C × | （失単）前C × | | （窩洞）× | 印象 × | × | × | × | | | | | | | | | |
| | | 金硬 × | 金硬 × | | × | × | × | × | × | | | | | | | | | |
| | | 既製 × | 既製 × | | + × | TeC × | 咬合 × | × | × | | | | | | | | | |
| | | | | | + × | 修理 × | × | × | × | | | | | | | | | |
| | | （生ブ）前接 × + × | （失ブ）前 × + × | | | 試適 × | × | | | | | | | | | | | |
| | | 金 × + × | 金 × + × | | | × | × | × | | | | | | | | | | |
| | 支台築造 | 支台築造 メタル 前小 × | 大 × | その他 前小 × | 大 × | 修形 × | 充形 × + × | | | | | | | | | | | |
| | 金属歯冠修復 | 乳前小銀 × | × | × | × | × | × | 硬ジ × × | 充填1 × | 材充I × × | | | | | | | | |
| | | 前小パ × | × | × | × | × | × | 乳 × × | × | × × | | | | | | | | |
| | | 大パ × | × | | × | × | | 仮着 × × | 充填2 × | 材充II × × | | | | | | | | |
| | | 大銀 × | × | | × | × | | 装着 × + × | × | × × | | | | | | | | |
| | CAD In | （I）× | （II）× | （III）× | チ冠 × | 前チ × | 根板 パ前小 × | パ大 × | 銀前小 × | 銀大 × | レジン × | | | | | | | |
| | ポンティック | 前装 パ前 × | 銀前 × | 鋳造 パ大 × | CAD冠 | （I）× | （II）× | 装着 × × | リテイナー × × | | | | | | | | | |
| | | パ小 × | 銀小 × | パ小 × | | （III）× | （IV）× | 材料 × × | Br装着 × × | | | | | | | | | |
| | | パ大 × | 銀大 × | 銀 × | バー 鋳 | パ × | コパ × | 屈曲 不特 × | 保 × | | | | | | | | | |
| | 有床義歯 | 1～4歯 × | 床 × | 磁性アタッチメント 磁石 × | 鋳造鉤 | 双大 × | | 線鉤 不・特 双 × | 間接 × | 人工歯 × × | | | | | | | | |
| | | 5～8歯 × | | キ付根板 パ 前小 × | | 双小 × | | | アリ × | ナシ × | × × | | | | | | | |
| | | 9～11歯 × | 適合 × | 大 × | | 腕大 × | コンビ × | 床修理 × + × + × | | | × × | | | | | | | |
| | | 12～14歯 × | × | 銀 前小 × | | 腕犬小 × | コパ 双 × | × + × + × | | | × × | | | | | | | |
| | | 総義歯 × | × | 大 × | | 腕前 × | 腕 × | × + × + × | | | × × | | | | | | | |
| | その他 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 摘要 | | | | | | | | 合計 | 円<br>減額　割（円）免除・支払猶予<br>（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。

令和　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

（備考）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」の字句を消し、「診療明細書」として、所定の事項を記入してください。

協和キリン健康保険組合