診療報酬明細書

医療機関記入欄

被保険者	記号		患者名	
	番号		生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日 令和
傷病名				
診療年月日	平成･令和　　年　　月　　日 ～ 平成･令和　　年　　月　　日		診療日数	日

入院外

初診	（時間外・休日・深夜）	回	円
再診	1. 時間内	× 回	円
	2. 外来管理加算	× 回	円
	3. 時間外	× 回	円
	4. 休日・深夜	× 回	円
指導			
在宅	1. 往診	回	円
	2. 夜間	回	円
	3. 深夜・緊急	回	円
	4. 在宅患者訪問診療	回	円
	5. その他		円
	6. 薬剤		円
投薬	1. 内服薬剤	単	円
	2. 内服調剤	× 回	円
	3. 頓服薬剤	単	円
	4. 外用薬剤	単	円
	5. 外用調剤	× 回	円
	6. 処方	× 回	円
	7. 麻毒	回	円
	8. 調基		円
注射	1. 皮下筋肉内	回	円
	2. 静脈内	回	円
	3. その他	回	円
処置	1. 処置	回	円
	2. 薬剤		円
手術	1. 手術・麻酔	回	円
	2. 薬剤		
検査	1. 検査	回	円
	2. 薬剤		
画像診断	1. 画像診断	回	円
	2. 造影剤	回	円
その他	1. 処方箋	回	円
	2. 薬剤		円
	3. その他		円
合計	（総診療費）		円
	（薬剤一部負担金額）		円
	（一部負担金額）		円

入院

初診	（時間外・休日・深夜）	回	円
指導			
在宅			
投薬	1. 内服薬剤	単	円
	2. 内服調剤	× 回	円
	3. 頓服薬剤	単	円
	4. 外用薬剤	単	円
	5. 外用調剤	× 回	円
	6. 処方	× 回	円
	7. 麻毒	回	円
	8. 調基		円
注射	1. 皮下筋肉内	回	円
	2. 静脈内	回	円
	3. その他	回	円
処置	1. 処置	回	円
	2. 薬剤		円
手術	1. 手術・麻酔	回	円
	2. 薬剤		
検査	1. 検査	回	円
	2. 薬剤		
画像診断	1. 画像診断	回	円
	2. 造影剤	回	円
その他	1. 処方箋	回	円
	2. 薬剤		円
	3. その他		円
入院	1. 入院年月日　（平成･令和　　年　　月　　日）		
	2. 入院科		
	× 日		円
	× 日		円
	× 日		円
	3. 入院時医学管理科		
	× 日		円
	× 日		円
	× 日		円
	4. その他		
			円
			円
合計	（総診療費）		円
	（薬剤一部負担金額）		円
	（一部負担金額）		円

上記のとおり領収（診療）致しました。　　令和　　年　　月　　日

保健医療機関　所在地
名　称
医師名　　㊞
TEL　（　　）　　―

【注意事項】① レセプトの写しを提出いただける場合は本紙の提出は不要です。
② 診療内容（投薬の種類等）について、本紙に記入できない場合は医療機関発行の詳細書類を別紙にて添付してください。

050C 古河電工健康保険組合