

診療（領収）明細書		医療機関コード	
患者氏名		傷病名	

（保険診療時の 倍） ※訂正は二重線で抹消後正しい字句を記入し、証明者の氏名(サイン)をご記入ください。

入	院	回数	金額(円)	公費分金額	診療期間	年 月 日 ～ 年 月 日	診療実日数	年 月 日 ～ 年 月 日
初診	時間外・休日・深夜							
医学管理								
在宅	往診				(備考)			
	夜間							
	深夜・緊急							
	在宅患者訪問診療							
	その他							
指導投薬	薬剤							
	内服							
	頓服							
	外用							
注射	調剤							
	皮下筋肉内							
	静脈内							
処置	その他							
	薬剤							
手術	材料							
	麻酔							
検査								
画像診断	透視 造影剤			食事・生活	基準	円		回
					特別	円		回
					食堂	円		回
					環境	円		回
その他				上記の通り、診療（領収）いたしました。				
入院	1 月未満	日間(日～ 日)	年 月 日	所在地	医療機関等 名 称	医師氏名		
	1～3 月未満	日間(日～ 日)						
	3 ヶ月以上	日間(日～ 日)						
合計			円					

千葉県食品製造健康保険組合

◆投薬薬剤、および注射薬剤の「名称」、および「数量」を必ず備考欄に記入してください。