

| 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。 |                                            |    |       |                              |      |                     |                |
| 入院外                                                  |                                            | 回数 | 金額(円) | 公費分金額                        | 診療期間 | 年 月 日<br>～<br>年 月 日 | 診療実日数<br>年 月 日 |
| 初診                                                   | 時間外・休日・深夜                                  |    |       |                              |      | (備考)                |                |
| 再診                                                   | 時間内<br>時間外<br>休日・深夜                        |    |       |                              |      |                     |                |
| 医学管理                                                 |                                            |    |       |                              |      |                     |                |
| 在宅                                                   | 往診<br>夜間<br>深夜・緊急<br>在宅患者訪問診療<br>その他<br>薬剤 |    |       |                              |      |                     |                |
| 指導投薬                                                 | 内服<br>頓服<br>外用<br>調剤                       |    |       |                              |      |                     |                |
| 注射                                                   | 皮下筋肉内<br>静脈内<br>その他                        |    |       |                              |      |                     |                |
| 処置                                                   | 薬剤                                         |    |       |                              |      |                     |                |
| 手術                                                   | 材料<br>麻酔                                   |    |       |                              |      |                     |                |
| 検査                                                   |                                            |    |       |                              |      |                     |                |
| 画像診断                                                 | 透視<br>造影剤                                  |    |       |                              |      |                     |                |
| その他                                                  |                                            |    |       | 上記の通り、診療（領収）いたしました。<br>年 月 日 |      |                     |                |
| 合計                                                   |                                            |    | 円     | 所在地<br>医療機関等 名称<br>医師氏名      |      |                     |                |

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。