

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 ～ 年 月 日	診療実日数	年 月 日 ～ 年 月 日
初診	時間外・休日・深夜							
再診	時間内					(備考)		
	時間外 休日・深夜							
医学管理								
在宅	往診							
	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 調剤							
注射	皮下筋肉内							
	静脈内 その他							
処置								
	薬剤							
手術	材料							
	麻酔							
検査								
画像診断	透視							
	造影剤							
その他				上記の通り、診療（領収）いたしました。 年 月 日				
合計			円	所在地 医療機関等 名称 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。