診療報酬明細書兼領収書

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) (2) (3)	診療期間	平成・令和　　年　　月　　日から 平成・令和　　年　　月　　日まで （診療実日数）　　日

入院外		入院	
初診	時間外 ・ 休日 ・ 深夜　　回	初診	時間外 ・ 休日 ・ 深夜　　回
再診	再診 ×　回 外来管理加算 ×　回 時間外 ×　回 休日 ×　回 深夜 ×　回	投薬	内服　単位 屯服　単位 外用　単位 調剤　日 麻毒　日 調基
指導		注射	皮下筋肉内　回 静脈内　回 その他　回
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　回 薬剤	処置	回 薬剤　回
投薬	薬剤　単位 調剤　回 ×　単位 薬剤　単位 薬剤　回 調剤　回 ×　回 処方 × 麻毒 調基	手術・麻酔	回 薬剤　回
		検査	回 薬剤　回
		画像診断	回 薬剤　回
		その他	薬剤　回
注射	皮下筋肉内　回 静脈内　回 その他　回	入院	入院年月日　　年　　月　　日
処置	回 薬剤　回		病　診　衣
手術・麻酔	回 薬剤　回		入院料　×　日間 ×　日間 ×　日間
検査	回 薬剤　回		医学管理料　入院時　×　日間 ×　日間 ×　日間 ×　日間
			特定入院料・その他
画像診断	回 薬剤　回	食事	基準
その他	処方せん　回 × 薬剤　回		円 ×　日間 円 ×　日間 円 ×　日間 円 ×　日間
合計	円	合計	円

上記のとおり領収(診療)いたしました。

令和　　年　　月　　日

医療機関名

医療機関所在地

医師の氏名　　㊞

医療機関の方へ

①すでに申請の対象となる費用について領収証明を発行しているときは、「兼領収」の字句を消し、「診療報酬明細書」として所定の事項を記入してください。

②**診療報酬明細書兼領収書**は暦月単位で、投与した薬剤名及び検査名、処置名、手術名をレセプト作成時と同様に記載してください。

③歯科診療並びに調剤分に関する証明は別紙にて作成してください。