

診療報酬領収済明細書

様式第二十七号の一

療養者氏名		昭 平 年 月 日生					公務外		公務上					
							乗船中発病したもの		下船中発病したもの					
傷病名	初診	年 月 日	当日開始	年 月 日	日診療数	日	終診	年 月 日	帰					
	再診	年 月 日		年 月 日				年 月 日	治癒	繰越	死亡	転医	中止	
臨床学的所見				理化学的所見										
診療の内容												摘要		
項目内容														
初診料	初診	円		経過及び診療事実に関する理由				診療期間						
	再診	"						自平成 年 月 日						
	往診	円 "						至平成 年 月 日						
投薬料	内服	1 剤投与	日分	"		往診距離 km								
		2 剤投与	日分	"										
	頓服	回		"										
注射料	(皮)	"		"		投薬処方								
	(筋)	"		"										
	(静)	"		"										
	(動) の別を記入	"		"										
処置料	処置名	"		"		注射処方								
		"		"										
		"		"										
手術料	手術名	"		"										
		"		"										
検査料	検査名	"		"										
		"		"										
レントゲン	透視	"		"		療養開始年月日								
	撮影	切		"										
その他							結核化学療法 年 月 日							
		入院年月日		年 月 日				駆梅療法 年 月 日						
入院料	病室	基食	看特2	入院料(室料・看護料・給食料)					() 年 月 日					
				食有	x	日間	結核予防法による公費負担		円					
			食無	x	日間	初診に要した月の診療額		円						
		入院	普食	看特1	特食	x	日間	入院の初日		年 月 日				
	医食				x	日間								
	診療所	基衣	看1	入院時医学管理料			左記のとおり領収しました。 (組合員) 様 平成 年 月 日							
2 週間以内				x	日間									
2 週間超 ~ 1 月以内				x	日間									
1 月超 ~ 3 月以内				x	日間									
	3 月超	x	日間	医療機関名 及びその住所										
その他														
合計		"												
領収済金額		"												

1. 輸血又はコルセットの場合は、この明細書に記載せず、随意様式の領収書と医師の証明書を添えてください。
2. 看護又は移送料の場合はこの明細書に記載せず、随意様式の領収書を添えてください。
3. 歯科診療の場合は、この明細書に代えて診療報酬領収済明細書(歯科) 様式第 27 号の 2 を添えてください。投薬、注射料は処方を書き入ってください。

診療報酬領収済明細書

様式第二十七号の二

組合員証 記号番号		保険者番号		組合員証の 発行機関			
組合員住所氏名				公務上			
療養者住所氏名	年 月 日生			公外 務	乗船中発病したもの 下船中発病したもの		
部位及び傷病名	左			右			
	治ゆ	繰越	死亡	転医	中止		
初診	年 月 日	当月開始	年 月 日	診療日数	日 終診 年 月 日		
診療の内訳				摘要			
項目	内訳			経過及び 診療事 実に関 する理 由			
診察料	初診	円					
投薬料	内服薬	剤投与	日分	円			
	外用薬	回数	回	円			
注射料	皮下	筋肉	内	円			
	皮静脈	内	内	円			
処置料 (硬)	撤去	歯		円			
	普通処置	回		円			
	複根管	回		円			
	抜髄	歯		円			
	根充	歯		円			
				円			
充填料	アマルガム		歯	円			
	セメント	硅	燐	歯	円		
インレー料	金合金	ポスト	複雑かどうか	歯	円		
	銀合金		歯	円			
補てつ料	義歯		床歯	円			
	金属	14K	特殊鋼	不銹鋼	レスト	歯	円
	有無						
	パラタリン	ガルバー	特殊鋼	不銹鋼	歯	円	
	歯冠性続歯	14K	レジン	陶歯	歯	円	
	支台築造	銀	ア	セ	歯	円	
	金属冠	金	金パラ	銀合金	歯	円	
	その他				円		
手術料	抜歯		歯	円			
	手術			円			
	その他			円			
処置料 (軟)	歯石除去		回	円			
				円			
レントゲンその他				円			
合計				円			
領収済額				円			
上記のとおり領収しました。				初診の日の診療に要した額	円		
平成 年 月 日				入院の初日	年 月 日		
医療機関名 及びその住所				印			

備考

1 この明細書は、歯科医師から診療を受け、又はその処方箋に基づいて調剤を受けた場合に用いる。