

診療報酬領収済明細書

様式第二十七号の一

組合員等 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		
受給者住所氏名				公務外		
S・H・R 年 月 日生				乗船中発病したもの 下船中発病したもの		
傷病名	①	初診	年月日	当日開始	年月日	
	②	診	年月日	日診療実	年月日	
臨床学的所見		診療の内容		理化学的所見		
項目内容				経過及び診療事実に関する理由		
初診料	初診	円	診療期間 自令和 年 月 日 至令和 年 月 日 往診距離 km 注射処方 調剤技術基本料 円 処方料 円 ルリッド錠 錠 円× 日 内服調剤料 計 円 注射処方			
	再診	円				
	往診	円				
投薬料	内服	1剤投与 日分 円 2剤投与 日分 円				
	頓服	回 円				
	外用	回 円				
注射料	(皮)	回 円				
	(筋)	回 円				
	(静)	回 円				
	(動) の別を記入	回 円				
処置料	処置名	回 円				
		回 円				
		回 円				
手術料	手術名	回 円				
		回 円				
検査料	検査名	回 円				
		回 円				
レントゲン	透視	回 円				
	撮影	切 円				
その他						
入院料	入院年月日		年 月 日	療養開始年月日		
	病室	基食	入院料(室料・看護料・給食料)			結核化学療法 年 月 日
			食有	×	日間	駆梅療法 年 月 日
		食無	×	日間	( ) 年 月 日	
		普食	特食	×	日間	結核予防法による公費負担 円
			医食	×	日間	初診に要した月の診療額 円
	診療所	基食	入院時医学管理料			入院の初日 年 月 日
			2週間以内	×	日間	左記のとおり領収しました。 (組合員) 様
		2週間超~1月以内	×	日間	令和 年 月 日	
		1月超~3月以内	×	日間	医療機関名 及びその住所	
3月超		×	日間			
その他						
合計 円						
領収済金額 円						

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、注射料は処方記を記入ください。

診療報酬領収済明細書

様式第二十七号の二

組合員等 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	S・H・R 年 月 日生			公務外	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					
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	円							
注射料	皮下	回数	円							
	筋肉内	回数	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							
充填料	セメント	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	有無	歯	円
	パラタリンガル	リンガル	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	金バラ			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							
			円							
レントゲンその他			円		初診の日の 診療に要し た額	円				
合計			円							
領収済額			円		入院の 初日	年 月 日				
上記のとおり領収しました。 令和 年 月 日 殿 医療機関名 及びその住所										

備考

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。