

領収（診療）明細書

※ 医療機関に記入を依頼してください。

なお、医療機関が発行する「領収書」および「診療明細書」の写しを添付する場合は不要です。

受診者名		職務上の事由	職務上・通勤途上	傷病名	
対象期間	(西暦) 年 月 日 ~ (西暦) 年 月 日				
初診	☐ 時間外 ☐ 休日 ☐ 深夜	円	注射	☐ 皮下筋肉内・静脈内 ☐ その他	回 回
再診	☐ 再診 ☐ 時間外 ☐ 休日 ☐ 深夜	回 回 回 回	検査	☐ (項目を記入してください) ☐ ☐ ☐	回 回 回 回
往診	☐ 普通 ☐ 夜間 ☐ 深夜・暴風雨雪・難路	回 回 回	レントゲン	☐ (項目を記入してください) ☐ ☐	回 回 回
指導			処置	☐ (項目を記入してください) ☐ ☐	回 回 回
投薬	☐ 内服 ☐ 頓服 ☐ 外用 ☐ 調剤 ☐ 調基	単位 単位 単位 単位 回	・手術	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	回 回 回 回 回
入院	☐ 1月未満 ☐ 1～3月未満 ☐ 3月以上 ☐ 入院食事費の有無	日間 日間 日間	その他		
院			合計	円	

上記のとおり領収（診療）いたしました。

(西暦)

年 月 日

医療機関の所在地

名称

代表者名

