

《領収証様式1》

領 収 証

患者番号	氏 名
	様

請求期間 (入院の場合)
平成年月日 ~ 平成年月日

受診料	入・外	領収書No.	発行日	費用区分	負担割合	本・家	区分
			平成年月日				

保 険	初・再診料	入院料等	医学管理等	在宅医療	検 査	画像診断	投 薬
	点	点	点	点	点	点	点
	注 射	リハビリテーション	精神科専門療法	処 置	手 術	麻 酔	放射線治療
	点	点	点	点	点	点	点
	食事療養						
	点						

保 険 外 適 用	選定療養等	その他
	(内訳)	(内訳)
	-----	-----
	-----	-----

	保 険	保険(食事)	保険外負担
合 計	円	円	円
負担額	円	円	円
領収額 合 計			

(p.514)

東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇
〇〇〇医院

領収印

《内科無床診療所の一例》

領 収 証

氏 名
様

発 行 日
平成 年 月 日

保 険	初・再診料	医学管理等	在宅医療	検 査	画像診断
	点	点	点	点	点
	投 薬	注 射			
	点	点	点	点	点

合計点数	点
領収額	円

(p.514)

東京都文京区本駒込〇-〇-〇
〇〇〇医院

領収印

処方せん

(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号								保険者番号					
公費負担医療の受給者番号								被保険者証・被保険者手帳の記号・番号					

患者	氏名					保険医療機関の所在地及び名称				
	生年月日	明大昭平	年	月	日	電話番号				
	区分	被保険者	被扶養者			保険医氏名	(印)			
交付年月日	平成 年 月 日				処方せんの使用期間	平成 年 月 日	特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること			

処方方	(p.565)											
-----	---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

備考											
	後発医薬品への変更可										
	保険医署名										

調剤済年月日	平成 年 月 日	公費負担者番号									
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名	(印)				公費負担医療の受給者番号						

- 備考
1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。
 2. この用紙は、日本工業規格 A 列5番とすること。
 3. 療養の給付、老人医療及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令(昭和51年厚生省令第36号)第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。