

診療報酬領収済明細書

様式第二十七号の一

療養者氏名		S H R						公務上		乗船中発病したもの				
		年 月 日 生						公務外		下船中発病したもの				
傷病名	①	初	年 月 日	当	年 月 日	日	日	終	年 月 日	帰				
	②	診	年 月 日	日開始	年 月 日	診療数	日	日	年 月 日	治	繰	死	転	中
										ゆ	越	亡	医	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 自令和 年 月 日 至令和 年 月 日 往診距離 km				
	再診	円												
	往診	円												
投薬料	内服	1剤投与	日分	円	投薬処方									
		2剤投与	日分	円										
	頓服	回		円										
注射料	(皮)	回		円	注射処方									
	(筋)	回		円										
	(静)	回		円										
	(動)	回		円	の別を記入									
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										
レントゲン料	透視	回		円	療養開始年月日									
	撮影	切		円										
その他					結核化学療法 年 月 日 駆梅療法 年 月 日 () 年 月 日									
入院年月日		年 月 日												
入院料	病室	基食	看特2	入院料(室料・看護料・給食料)		左記のとおり領収しました。 (組合員) 様 令和 年 月 日 医療機関名 及びその住所								
			食有	×	日間									
		食無	×	日間										
		特食	×	日間										
	院普食	看特1	医食	×	日間									
			入院時医学管理料											
	診療所	基食	看1	2週間以内	×							日間		
			看2	2週間超~1月以内	×							日間		
		衣	看3	1月超~3月以内	×							日間		
			看3	3月超	×							日間		
その他														
合計				円										
領収済金額				円										

- 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。
 - 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。
 - 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	S・H・R 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						
				転	帰					
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	円							
注射料	皮下 筋 肉 内	回	円							
	静 脈 内	回	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	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 こ	14 K	特殊鋼			不銹 鋼	レスト 有無	歯	円	
	パラタ ルバー	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					
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					
令和 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

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。