

●外来レセプト

●診療報酬明細書 (医科入院外)

平成 年 月 分 明細書

医科

1 医科

保険

記号・番号

公費①

公費②

氏名

特記事項

保険医療機関の所在地及び名称

職務上の事由

傷病名

11 初診

12 再診

13 医学管理

14 在宅

20 投薬

30 注射

40 処置

50 手術・麻酔

60 検査・病理

70 画像診断

80 処方せん

他

請求点

決定点

一部負担金額 円

幸高額

●入院レセプト

●診療報酬明細書 (医科入院)

平成 年 月 分 明細書

医科

1 医科

保険

記号・番号

公費①

公費②

氏名

特記事項

保険医療機関の所在地及び名称

職務上の事由

傷病名

11 初診

13 医学管理

14 在宅

20 投薬

30 注射

40 処置

50 手術・麻酔

60 検査・病理

70 画像診断

80 処方せん

他

入院年月日

90 入院基本料・加算

92 特定入院料・その他

幸高額療養費

97 食事

請求点

決定点

負担金額 円

幸高額

標準負担額 円

幸高額

弊社製既成品

[illegible]

■ A 4 白紙単票(左上 1 穴)

●A 5 単票(クサ色)

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 																
公費負担医療者の受給者番号 					被保険者証・被保険者手帳の記号・番号 																
患者	氏名				保険医等機関の所在地及び名称 電話番号				印												
	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日生														男・女						
	区分				被保険者 				被扶養者 				保険医氏名								
交付年月日		平成		年		月		日		使用期間		平成		年		月		日		習に記載のある場合は除き、交付の日を含む7日以内(注)に、保険薬局に提出すること。	
処方 処方箋																					
備考										保険医の印・捺印・署名は必ず必要です(中略)。以下に捺印(捺印)・署名 保険医署名 印											
保険薬局の所在地及び名称 保険薬局師氏名										公費負担者番号 											
印										公費負担医療者の受給者番号 											
薬局記入事項	調剤料		薬剤料		小計		調剤費		計		加算		調剤基本料		調剤報酬		患者負担金		請求(点)		
長子世帯料 																					
点		平成		年		月		日		調剤済											

処方せん
(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)

姓									

保険者番号									
被保険者証・被保険者手帳の記号・番号									

10

処方せん

(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)

社 保 国 保

公費負担者番号										
公費負担医療の 受給者番号										

保険者番号										
被保険者証・被保険 者手帳の記号・番号										

職務上の事由	職務上・下船3月以内・通勤災害									
出 者	氏名									
	生年月日	明	昭	年	月	日	男・女			
	区分	被保険者	被扶養者	従業員						
	非自損	0	1割	2割	3割					

保険医療機
関の所在地
及び名称
電話 番号
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	特記記載のある場合を除き、 交付の日を含めて15日以内 に保険薬局に提出すること。
-------	----	---	---	---	---------------	----	---	---	---	---

処 方										
備 考										
	後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更が 全て不可の場合、以下に署名又は記名・押印 保険医署名									

患者住所

薬局用者免許証第 号

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					公費負担医療の 受給者番号								
					公費負担者番号								
剤 型	内・電・注・外	内・電・注・外	内・電・注・外	内・電・注・外	特掲技術料	調 剤 済 数 量							
薬 剤 料					総 額	内 服							
調 剤 数 量					薬 価	日 分							
計						電 服							
調 剤 料						注 射							
費 用 点 数						外 用							
加 算						調 剤 基 本 料							
調剤報酬点数						合 計 点 数							
						点							
						定率負担金額							
						窓口負担額							

084 ① 標準用紙 12 HCUA

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					保険医連携 関の所在地 及び名称 電話番号 保険医氏名											
	生年月日 年 月 日 男・女																
	区 分					被 保 険 者				被 扶 養 者							
	交付年月日					平成 年 月 日				処方せんの使用期間				平成 年 月 日			
負担率		% 診療料												(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示すること。)			
処																	
方																	
備考																	
最急救急品(Jコード)が緊急品への変換が全て不明の場合、以下に書き又は印刷し、 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 劑 師 氏 名				公 費 負 担 医 療 の 受 給 者 番 号											

氏名						様								
患者コード		氏名												
前	回	未	収	請	求	合	計	入	金	額	未	収	残	高
			円				円			円				円
初・再診料	医学管理等	在宅療養費	検査	全	科	画像診断	投薬	注	射	料				点
リハビリテーション	精神科専門療法	処置	手	術	麻酔	静脈注射治療								点
小計	負担率	負担金		一部負担	自費分	合計	実日数							日
	%	円		円		円								

この領収書は確定申告の際、医療費控除に利用できますので大切に保管してください。領収書の再発行はいたしません。

A5

請求書兼領収書

患者№
保険者№

氏名様

年 月 日

初・再診料	医学管理等	在宅医療	投薬	注射	処置
手術	麻酔	検査	画像診断	リハビリ・他	

保険点数合計	負担率	負担金			領収印
保険外合計金額	消費税等	優待金	前回未収金		
請求金額	今回未収金	領収金額			

上記の通り請求いたします。
この請求書に現金をそえて会計へお支払いください。
領収書は再発行いたしませんので大切に保管してください。

⑤請求—第12頁(Y日) KOWA

A6

請求書兼領収書

年 月 日

様

領収印

¥

本領収書の再発行は
致しませんから、大切
に保管してください。

請求明細書

年 月 日

患者番号
氏名
保険

負担金額	一部負担金	自費金額
円	円	円
前回未収金	請求額	未収金
円	円	円

領収額
円

内	診療料	検査料
	投薬料	前後診断料
	注射料	その他
	処置料	
訳	手術料	合計

⑤請求—第12頁 KOWA

B5

請求書兼領収書

平成 年 月 日

№

氏名様

保険 負担割合 %

診療科

請求期間 月 日 ~ 月 日

診療(医学管理料)	投薬	注射	処置	手術・麻酔	検査
点	点	点	点	点	点
病理診断	画像診断	リハビリテーションその他	入院料	診療点数合計	①保険内負担金額
点	点	点	点	点	円
②一部負担金	③食事負担金	④保険外合計	⑤前回未収金	①~⑤ 合計請求(領収)金額	円

保険外合計④の内訳	1	2	3	4	5
		円	円	円	円
	6	7	8	9	10
	円	円	円	円	円

備考

領収印のないものは無効です。
この領収書は高額療養費等の申請に必要です。大切に保管してください。
なお、領収書の再発行はできません。

担当者印

領収印

請求書兼領収書 (控)

平成 年 月 日

№

氏名様

保険 負担割合 %

診療科

請求期間 月 日 ~ 月 日

診療(医学管理料)	投薬	注射	処置	手術・麻酔	検査
点	点	点	点	点	点
病理診断	画像診断	リハビリテーションその他	入院料	診療点数合計	①保険内負担金額
点	点	点	点	点	円
②一部負担金	③食事負担金	④保険外合計	⑤前回未収金	①~⑤ 合計請求(領収)金額	円

保険外合計④の内訳	1	2	3	4	5
		円	円	円	円
	6	7	8	9	10
	円	円	円	円	円

備考

領収印のないものは無効です。
この領収書は高額療養費等の申請に必要です。大切に保管してください。
なお、領収書の再発行はできません。

担当者印

領収印

⑤請求—第15頁(第14頁) KOWA

A 4

診療費請求書(領収書)

様

患者番号
保険種別
負担率
請求期間
自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日 (単位 円)

外来
入院
自費分
合計請求額

領収印

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	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			合計			食事療養
室料差額									合計
前回未収金額	一部負担金	食事負担金	自費分請求金額	合計請求額					

発行日 平成 年 月 日

・この領収書は確定申告の際、医療費控除に利用できますので大切に保管してください。領収書の再発行はいたしません。

診療費請求書(控)

様

患者番号
保険種別
負担率
請求期間
自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日 (単位 円)

外来
入院
自費分
合計請求額

領収印

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	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			合計			食事療養
室料差額									合計
前回未収金額	一部負担金	食事負担金	自費分請求金額	合計請求額					

発行日 平成 年 月 日

・この領収書は確定申告の際、医療費控除に利用できますので大切に保管してください。領収書の再発行はいたしません。

請求一筆書 KOUA

弊社製既成品

入院診療計画書

(患者氏名)

_____ 殿

平成 年 月 日

病 棟 (病 室)	
主治医以外の担当者名	
病 名 (他に考え得る病名)	
症 状	
治 療 計 画	
検 査 内 容 及 び 日 程	
手 術 内 容 及 び 日 程	
推 定 さ れ る 入 院 期 間	
そ の 他 (看護、リハビリテーション等の計画)	

注1) 病名等は、現時点のものとする。
注2) 入院期間については、退院療養計画書に記載する。

退院療養計画書

(患者氏名)

_____ 殿

平成 年 月 日

病 棟 (病 室)	
主治医以外の担当者名	
予 想 さ れ る 退 院 日	
退 院 後 の 治 療 計 画	
退 院 後 の 療 養 上 の 留 意 点	

輸 血 同 意 書

平成 年 月 日

主 治 医 氏 名	
1. 輸血の必要性及び起こりうる副作用等	
2. 輸血方法及び予定される輸血量等	
3. 輸血に関連する検査等	
4. その他留意点	

私は、現在の疾病の診療に関して、上記の説明を受け、十分に理解した上で輸血を受けることに同意しました。

(患 者 氏 名) _____ 印

(家族等氏名) _____ 印

(患者との続柄) _____)

※ 患者の署名がある場合には家族等の署名は不要です。

退 院 証 明 書

医療機関
住 所
電話番号
主治医氏名

患者氏名
患者住所
電話番号
生年月日（明・大・昭・平） 年 月 日（ 歳）

性別(男・女)

1. 当該保険医療機関における入院年月日及び退院年月日
(1) 入院年月日 平成 年 月 日
(2) 退院年月日 平成 年 月 日

2. 当該保険医療機関における入院基本料等(特定入院料を含む。)の種別及び算定期間
(複数ある場合はそれぞれ記載のこと)
(1) 入院基本料等の種別：
(2) 算定期間： 日(平成 年 月 日～平成 年 月 日)

3. 当該保険医療機関退院日における通算対象入院料を算定した期間
(1) 日(平成 年 月 日現在)

4. 当該保険医療機関の入院に係る傷病名
(2) 傷病名：

5. 転帰(該当するものに○をつける)
(1) 治癒
(2) 治癒に近い状態(寛解状態を含む)
(3) その他

6. その他の特記事項

生活習慣病に関する療養計画書

(患者氏名)
殿
平成 年 月 日

病 名	(主病名) (その他の病名)
症 状	
服薬にかかる留意事項	
運動、休養、栄養 にかかる留意事項	
喫煙、飲酒 にかかる留意事項	
その他留意すべきこと	

(注) 上記内容は、現時点で考えられるものであり、今後、状態の変化等に応じて変わり得るものである。

(患者氏名)

(主治医氏名)

印

印