**診療費請求書兼領収書**

|  |  |
| --- | --- |
| 診療日　　令和　　年　　月　　日 | 発行日　　令和　　年　　月　　日 |
| 診療科 | 保険 |
| 患者番号 | 本人 ・ 家族 |
| 患者氏名 | 所得区分 |
| 性別 | 負担割合 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 点数 |  |  | 金額 |  |
| 初・再診料 |  | 点 | 保険診療(自費） |  | 円 |
| 入院料等 |  | 点 | 自由診療 |  | 円 |
| 医学管理等 |  | 点 | 小計 |  | 円 |
| 在宅医療 |  | 点 | 消費税 |  | 円 |
| 投薬 |  | 点 | 税率10%対象 |  | 円 |
| 注射 |  | 点 | 税率8%対象 |  | 円 |
| 処置 |  | 点 |  |  | 円 |
| 手術 |  | 点 | 保険請求金 |  | 円 |
| 麻酔 |  | 点 | 一部負担金 |  | 円 |
| 検査 |  | 点 | 自費・保険外請求 |  | 円 |
| 画像診断 |  | 点 |  |  |  |
| リハビリ |  | 点 | **領収金額** |  | 円 |
| 精神科専門 |  | 点 |  |  |  |
| 放射線治療 |  | 点 | 請求金額 |  | 円 |
| 病理診断 |  | 点 |  |  |  |
| 合計点数 |  | 点 |  |  |  |

※領収書は再発行いたしかねますので、大切に保管して下さい。

## 医療機関名称

## 医療機関住所

## 電話

## (適格請求書発行事業者登録番号 T　　　　　　　　　　　　　　　)

MEMO----------------------------------------------------------------------------------------------