

様式1

患者番号
(フリガナ)
氏名

性別

様

診療科
保険
入院年月日

令和 年 月 日

令和 年 月 日

病棟
病室
負担割合

令和 年 月 日

%

生年月日

年 月 日 歳 ヶ月

請求(日)期間

令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (日間)

保険内分

非課税対象金額(円)

課税対象金額(円)

保険外分

非課税対象金額(円)

課税対象金額(円)

1 初・再診料

20 特別室料

〒

2 医学管理等

21 健康診断料等

患者住所：

3 在宅療養

22 予防接種等

世帯主名：

4 投薬

23 分娩介助料

自宅TEL：

5 注射

24 歯冠修復料等

職場TEL：

6 処置

25 洗濯料

携帯TEL：

7 手術

26 新生児管理料

画面覚書：

8 麻酔

27 文書料

加算覚書：

9 検査

28 紹介外初診時負担額

請求書覚書：

10 画像診断

29 寝具貸付料

入力覚書：

11 リハビリテーション

30 新生児衣類等貸付料等

12 精神科専門療法

31 病衣貸付料

13 放射線治療

32 外来患者食事料

14 病理診断

33 長期特定入院料

15 歯冠修復及び欠損補綴

34 先進医療

16 歯科矯正

35 特別メニュー食料

17 入院料等

36

18 診断群分類(DPC)

37

19

38 その

保険内分合計
(1~19)

- 円

③保険外分合計
(20~38)

円

①一部負担金

円

消費税及び地方消費税額再掲
(①②③)

円

請求金額
(①+②+③)

円

食事療養費

円

②食事負担金

円

前回までの
未納額

円

円

請求書 (兼領収証書)

岩手県奥州市水沢字龍ヶ馬場
61番地
岩手県立胆沢病院長
TEL： 0197-24-4121(代)

岩手県立胆沢病院長

患者番号
(フリガナ)
氏名

性別

様

診療科
保険
入院年月日

令和 年 月 日

令和 年 月 日

病棟
病室
負担割合

令和 年 月 日

%

生年月日

年 月 日 歳 ヶ月

請求(日)期間

令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (日間)

保険内分

非課税対象金額(円)

課税対象金額(円)

保険外分

非課税対象金額(円)

課税対象金額(円)

1 初・再診料

-

-

20 特別室料

-

-

岩手県立胆沢病院
企業出納員

2 医学管理等

-

-

21 健康診断料等

-

-

領収日付印

3 在宅療養

-

-

22 予防接種等

-

-

下記の金額を領収しました。

4 投薬

-

-

23 分娩介助料

-

-

・この請求書は領収印が捺されて
はじめて領収証書となります。

5 注射

-

-

24 歯冠修復料等

-

-

・この領収証書は所得税申告の際
必要ですから大切に保存して下
さい。

6 処置

-

-

25 洗濯料

-

-

・不明な点は、係まで申し出て下
さい。

7 手術

-

-

26 新生児管理料

-

-

8 麻酔

-

-

27 文書料

-

-

9 検査

-

-

28 紹介外初診時負担額

-

-

10 画像診断

-

-

29 寝具貸付料

-

-

11 リハビリテーション

-

-

30 新生児衣類等貸付料等

-

-

12 精神科専門療法

-

-

31 病衣貸付料

-

-

13 放射線治療

-

-

32 外来患者食事料

-

-

14 病理診断

-

-

33 長期特定入院料

-

-

15 歯冠修復及び欠損補綴

-

-

34 先進医療

-

-

16 歯科矯正

-

-

35 特別メニュー食料

-

-

17 入院料等

-

-

36

18 診断群分類(DPC)

-

-

37

19

-

-

38 その他

保険内分合計
(1~19)

- 円

③保険外分合計
(20~38)

- 円

①一部負担金

- 円

消費税及び地方消費税額再掲
(①②③)

- 円

請求金額
(①+②+③)

円

食事療養費

- 円

②食事負担金

- 円

前回までの
未納額

- 円

円