

診療報酬領収済明細書

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------|---------------------------|-------|-----|-----------|-----|------|---|----|-----|---|---|----|----|----|----|
| 組合員番号 | | 保険者番号 | | 組合の名称 | | | | | | | | | | | |
| 組合員住所氏名 | | | | 公 務 上 | | | | | | | | | | | |
| 受給者住所氏名 | | | | 公務外 | | | | | | | | | | | |
| | | | | 乗船中発病したもの | | | | | | | | | | | |
| | | | | 下船中発病したもの | | | | | | | | | | | |
| 傷病名 | ① | 初診 | 年月日 | 当月開始 | 年月日 | 診療日数 | 日 | 終診 | 年月日 | 転 帰 | | | | | |
| | ② | | 年月日 | 年月日 | 年月日 | | | | | 日 | 日 | 治ゆ | 繰越 | 死亡 | 転医 |
| 臨床学的所見 | | | | 理化学的所見 | | | | | | | | | | | |
| 診 療 の 内 容 | | | | | | | | | | 摘 要 | | | | | |
| 項 目 内 容 | | | | | | | | | | 経過及び診療事実に関する理由 療法開始年月日 結核化学療法 年月日 駆梅療法 年月日 () 年月日 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律による公費負担 初診に要した月の診療額 入院の初日 年月日 | | | | | |
| 診察料 | 初診 | | | | | | | | | | | | | | 円 |
| | 再診 | | | | | | | | | | | | | | 円 |
| | 往診 | | | | | | | | | | | | | | 円 |
| 投薬料 | 内服 | 種類 | 日分 | | | | | | | | | | | | 円 |
| | | 種類 | 日分 | | | | | | | | | | | | 円 |
| | | 種類 | 日分 | | | | | | | | | | | | 円 |
| | 頓服 | 種類 | 回調剤 | | | | | | | | | | | | 円 |
| | 外用 | 種類 | 回調剤 | | | | | | | | | | | | 円 |
| 注射料 | (皮)(筋) (静)(動) の別を記入 | 回 | | | | | | | 円 | | | | | | |
| | | 回 | | | | | | | 円 | | | | | | |
| | | 回 | | | | | | | 円 | | | | | | |
| 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 撮影 | | 枚 | | | | | | | 円 | | | | | |
| その他 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入院料 | 看 | 自 | 日 | | | | | | | 円 | | | | | |
| | 賄食 | 至 | 日 | 日間 | | | | | | | 円 | | | | |
| (無)寝 | | | | | | | | | | 円 | | | | | |
| 合計 | | | | | | | | | 円 | | | | | | |
| 領収済額 | | | | | | | | | 円 | | | | | | |

上記のとおり領収しました。

公立学校共済組合愛媛支部長 様

年 月 日

医療機関名
及びその住所

年号については、和暦で記入してください。