

## 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	年 月 日生				公務外			
部位及び傷病名	左 <span style="border: 1px dashed black; display: inline-block; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span> 右				転 帰			
					治 癒 繰 越 死 亡 転 医 中 止			
初 診	年 月 日	当月開始	年 月 日	診療日数	日			
				終 診	年 月 日			
診 療 の 内 訳				摘 要				
診療料	項 目		内 訳		経過及び診療事実に関する理由			
投薬料	初 診	種類		日分		円		
投薬料	内 服	種類		日分		円		
		種類		日分		円		
	頓 服	種類		回調剤		円		
		種類		回調剤		円		
注射料	皮 下 筋 肉 内			回		円		
	静 脈 内			回		円		
処置料 (硬)	撒 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	ア マ ル ガ ム		歯			円		
	セメント	硅	燐	歯		円		
	インレー料		複雑かどうか			歯	円	
補てつ料	銀 合 金		歯			円		
	義 歯		床歯			円		
	金属こう	14K	特殊鋼	不銹鋼		レスト有無	歯	円
	パラタリンパー	リンパー	特殊鋼	不銹鋼		歯		円
	歯冠性統歯	14K	レジン	陶 歯		歯		円
	支台築造	銀	ア	セ		歯		円
	金属冠	金	金パラ	銀合金		歯		円
	その他					歯		円
手術料	抜 歯		歯			歯		円
	手術							円
	その他							円
処置料 (軟)	歯 石 除 去		回		歯		円	
							円	
							円	
レントゲン	その他						円	
合 計						円		
領収済額						円		
				初診の日の診療に要した額	円			
				入院の初日	年 月 日			
<p>上記のとおり領収しました。</p> <p style="text-align: center;">公立学校共済組合愛媛支部長 様</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関名 及びその住所</p>								

年号については、和暦で記入してください。