

# 診療報酬領収済明細書

組合員等 記号番号		共済組合支部名	公立学校共済組合広島支部											
組合員 住所氏名					公 務 上									
受診者 住所氏名	年 月 日生				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	年 月 日	当月	年 月 日	診療	日	終	年 月 日	転 帰				
	②	診	年 月 日	開始	年 月 日	日数	日	診	年 月 日	治	繰	死	転	中
臨床学的所見			理化学的所見											
診 療 の 内 容						摘 要								
項 目	内 訳		経過及び 診療事実 に関する 理 由			療 養 開 始 年 月 日  結核化学療法 年 月 日 駆 梅 療 法 年 月 日 ( ) 年 月 日  結核予防法に よる公費負担 円 別診に要した 日の診療費 円  入院の初日 年 月 日								
診療料	初 診	円												
	再 診	〃												
	往 診	回 〃												
投薬料	内 服	[一剂投与 日分 二剂投与 日分]	〃											
	頓 服	回	〃											
	外 用	回	〃											
注射料	(皮) (筋)	回	〃											
	(静) (動)	回	〃											
	の別を記入	回	〃											
処置料	処置名	回	〃											
		回	〃											
		回	〃											
手術料	手術名	回	〃											
		回	〃											
検査料	検査名	回	〃											
		回	〃											
レント ゲン料	透視撮影	切 枚	〃											
その他														
入院料	看 自 日 日間 賄 食 至 日 日間 (無) 寝	〃												
合 計	〃													
領 収 済 額	〃													

上記のとおり領収しました。

公立学校共済組合広島支部長 様

令和 年 月 日

医療機関名  
及びその住所

(印)

注意 診療内容の明細を必ず医療機関等で摘要欄に記入してもらってください。