

診療報酬領収済明細書（医科）

(年 月 分)

組 合 員 等 記 号 番 号	公立高知				組合員証の発行機関	公立学校共済組合高知支部										
組 合 員 住 所 ・ 氏 名											公 務 上					
受 診 者 住 所 ・ 氏 名											公務外	乗船中発病したものの				
年 月 日 生												下船中発病したものの				
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		日		年 月 日	治 ゆ	繰 越	死 亡	転 医	中 止		
臨床学的所見							理化学的所見									
診 療 の 内 容										適 要						
項 目 内 容						経過及び診療 事実に関する 理由		※投薬、注射等については、使用薬名 及び数量等を詳細に記入のこと								
診 察 料	初 診	円														
	再 診	円														
	往 診	回	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	日分	円												
外 用	種類	日分	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 病 (無) 寝	自 日 至 日	日間	円												
合計	円															
領収済額	円															
上記のとおり領収しました。 年 月 日											医療機関名及 びその住所					
											印					
											Tel _____					

備考 この明細書は、歯科医師以外の医師から診療を受け、又はこれらの医師の処方箋に基づいて薬局から調剤剤を受けた場合に用いる。