

# 診療報酬領収済明細書

組 合 員 等 号 記 号 番 号	公立島根	保 険 者 番 号	3 4 3 2 0 0 1 0	保 険 者 名	公立学校共済組合島根支部									
組 合 員 住 所 氏 名					(該当する項目にチェック) <input type="checkbox"/> 公務上 <input type="checkbox"/> 乗船中発病したもの <input type="checkbox"/> 下船中発病したもの <input type="checkbox"/> 第三者加害行為 <input type="checkbox"/> 上記以外									
療 養 者 住 所 氏 名	〒 _____ 年 月 日生													
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	診	年 月 日		年 月 日		日		年 月 日	治 癒	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										摘 要				
項 目 内 容														
診 察 料	初 診				円	経過及び診療事実に関する理由								
	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	回 調 剤	円										
	外 用	種 類	回 調 剤	円										
注 射 料	( 皮 )( 筋 )	回	円											
	( 静 )( 動 )	回	円											
	の 別 を 記 入	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 ー ジ ュ ー ト 料	透 視 撮 影	切 枚	円											
其 他														
入 院 料	看 護 食 自 日	日	円											
	(無) 寝 至 日	日間	円											
合 計					円									
領 収 済 額					円									
療 法 開 始 年 月 日														
結 核 化 学 療 法 年 月 日														
駆 梅 療 法 ( ) 年 月 日														
結 核 予 防 法 に よ る 公 費 負 担					円									
初 診 に 要 し た 月 の 診 療 額					円									
入 院 の 初 日					年 月 日									

上記のとおり領収しました。

様

令和 年 月 日 医療機関名 及びその住所 ㊞

備考

1. この明細書は、歯科医師以外の医師から診療を受け、又はその処方箋に基づいて薬局から調剤を受けた場合に用いる。
2. 用紙の大きさは、日本工業規格A4とする。