

診療報酬領収済明細書（医科）

受診者氏名		性別		男・女	生年月日	年	月	日			
傷病名	(1)	診療開始日	(1)	年	月	日	診療実日数 日				
	(2)		(2)	年	月	日	転 帰				
	(3)		(3)	年	月	日	治ゆ	死亡	中止		
初診	時間外・休日・深夜	回	円						●医療機関仕様の様式でも可 ※診療内容の内訳・使用薬剤名・使用量等を記入してください。		
再診	再診	×	回	円							
	外来管理加算	×	回								
	時間外	×	回								
	休日	×	回								
深夜	×	回									
医学管理料			円								
在宅	往診		回	円							
	深夜・緊急		回								
	在宅患者訪問診療		回								
	その他		回								
投薬	内服	薬調剤	×	単位	回						
	屯服	薬調剤		単位	回						
	外用	薬調剤	×	単位	回						
	処方	麻毒基	×	回							
注射	皮下	筋肉内		回							
	静脈	その他		回							
	その他			回							
処置	処置	剤		回							
手麻酔	手術・麻酔	剤		回							
検査	検査	剤		回							
画像診断	画像診断	剤		回							
その他	処方せんの他	剤		回							
入院	入院年月日		年	月							
	病	診	入院基本料・加算		円						
			×	日間	食事・生活	基準	円×	回	基準(生)	円×	回
			×	日間		特別	円×	回	特別(生)	円×	回
			×	日間		食堂	円×	回			
		×	日間		環境	円×	回				
	特定入院料・その他		円	食事	保険	回	請求	円	※決定	円	標準負担額
領 収 済 額											
療養の給付						食 事 療 養					
円						日					
上記のとおり証明します。											
年 月 日			医 療 機 関 名								
			所 在 地								
			電 話 番 号								
			医 療 機 関 コ ー ド								

提出先 公立学校共済組合東京支部給付貸付課短期給付担当