

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	
	(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					
再診	再来管理加算	×	回	円				
	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						
	その他の薬剤	回						
投薬	内服薬	×	回	単位				
	外用薬	×	回	単位				
	処方薬	×	回					
	処方毒基	×	回					
注射	皮下	回	円					
	筋脈	回						
	その他	回						
処置	処置薬	回	円					
手麻酔	手術・麻酔薬	回	円					
検査	検査薬	回	円					
画像診断	画像診断薬	回	円					
その他	処方の他の薬剤	回	円					
入院	入院年月日		年	月	日			
	病診	入院基本料・加算		円				
		×	日間		食事・生活	基準	円×回	
		×	日間			特別	円×回	
		×	日間			食堂環境	円×回	
	×	日間		食事	保険	円		
	特定入院料・その他		円	請求	円	※決定	円	
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		

●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。

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