

## 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	※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	薬調剤	×	単位								円
	外用	薬調剤	×	単位								
	処方	麻毒基	×	回								
	注射	皮下筋肉内		回								
処置	処置	置剤		回	円							
	手術・麻酔	剤		回	円							
検査	検査	査剤		回	円							
画診像断	画像診断	断剤		回	円							
その他	処方せん	その他		回	円							
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				
		×	日間				請求	円	※決定	円	標準負担額	
		特定入院料・その他		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

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