

診療報酬領収済明細書

医療機関で記入してもらってください。
この明細書にかわるレセプト(原本)があればそれでもOKです。

◎お願い
この明細書をお願いするのは組合又は家族が組合員証を使用せず金額を現金でお支払いした場合のみ御証明願います。
なお保険扱いに準じて審査できるように記入して下さい。

※審査欄は記入しないこと

組合員証記号番号		公立和歌山			号		組合員証発行機関		公立学校共済組合和歌山支部				
組合員住所氏名									公務上				
受給者住所氏名		年 月 日生							公務外	乗船中発病			
										下船中発病			
傷病名	①	初	年 月 日	当	年 月 日	診	日	終	年 月 日	転 帰			
	②	診	年 月 日	月	年 月 日	療	日	診	年 月 日	治	繰	死	転
臨床学的所見						理化学的所見							
診 察 の 内 容													
診察料	初 診					点		経過及び診療事実に関する理由		※			
	再 診					点							
	往 診	回				点							
投薬料	内 服	1剤 日分		点									
		2剤 日分		点									
	鈍 服	回				点							
注射料	(皮)(筋) (動)(静) の別を記入のこと	回				点							
		回				点							
		回				点							
処置料	処置名	回				点							
		回				点							
		回				点							
手術料	手術名	回				点							
		回				点							
検査料	検査名	回				点							
		回				点							
レント料	透 視 撮 影	切 枚				点							
その他					点								
入院料	看 食 自 (無) 賄 食 寝 至	日 日	日 日間	点									
合 計						点							
領収済額						円							
療養開始年月日													
結核科学療法 年 月 日													
駆梅療法 年 月 日													
() 年 月 日													
結核予防法 公費負担						円							
初診に要した 日の診療額						円							
入院の初日		年 月 日											
上記のとおり領収しました。													
平成 年 月 日 殿						医療機関名 及びその住所 (TEL)			印				