

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。

組合員証記号番号		公立和歌山		号	組合員証発行機関	
組合員住所氏名						
受給者住所氏名		年 月				
部位及び傷病名		左 右			外 加 元 行	
					転	帰
		治	繰	死	転	中
		ゆ	越	亡	医	止
初診	年 月 日	当月開始	年 月 日	診療日数	日	終診 年 月 日
診 察 の 内 容					適 用	
診察料	初 診			点	経過及び診療事実に関する理由	
投薬料	内 (頓) 服 薬 剤 外 用 薬	投与 日分		点 点		
注射料	皮 下 筋 肉 内 静 脈 内	回 回		点 点		
処置料 (硬)	撤 去	歯		点		
	普 通 処 置	回		点		
	複 根 管	回		点		
	抜 髄	歯		点		
	根 充	歯		点		
充填料	ア マ ル ガ ム		歯	点		
	セメント	硅	磷	点		
	金合金	ポスト	複雑かどうか	点		
インレー料	銀 合 金		歯	点		
	義 歯		床歯	点		
補てつ料	金属 14K 特殊鋼 不銹鋼	レスト 有無	歯	点		
	パラタルバー リンガルバー	特殊鋼 不銹鋼	歯	点		
	歯冠性続歯	14K レジン 陶歯	歯	点		
	支台築造	銀 ア セ	歯	点		
	金属冠	金 金パラ 銀合金	歯	点		
	その他			点		
	手術料	抜 歯	歯	点		
処 (置軟)	歯 石 除 去	回	点			
			点			
レントゲンその合計			点			
領収済額			円			
上記のとおり領収しました。					初診の日の診療に要した額 円	
平成 年 月 日					入院の初日 年 月 日	
医療機関名 及びその住所 (TEL)					印	