

診療報酬領収済明細書(医科)

年 月 分

組合員番号		組合員氏名		保険者	東京都職員共済組合 (3 2 1 3 0 2 1 3)				
受診者氏名		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			円						
在宅	往診		回					円	
	深夜・緊急		回						
	在宅患者訪問診療		回						
投薬	内服	薬調剤	×					単位	円
	外用		薬調剤					×	単位
	処方							×	回
	調剤		×					回	
注射	皮下筋肉内		回					円	
	静脈その他		回						
処置	処置剤		回	円					
手麻酔	手術・麻酔剤		回	円					
検査	検査剤		回	円					
画像診断	画像診断剤		回	円					
その他	処方せんその他剤		回	円					
入院	入院年月日	年 月 日	※高額療養費		円	※公費負担金額 円			
	病診	入院基本料・加算	円	食事・生活	基準特別食堂環境	円×	回		
		× 日間				円×	回		
		× 日間				円×	日		
	× 日間		円×			日			
	特定入院料・その他	円	円×	日	基準(生) 円× 回 特別(生) 円× 回 減・免・猶・I・II・3月超				
領 収 額			給 付 額						
療 養 の 給 付			食 事 療 養						
円			回 円						
上記のとおり領収しました。									
年 月 日				殿					
				医療機関名					
				所在地					
				電話番号					

[注意事項]

医療機関で「診療報酬明細書」を作成済の場合は、本用紙を使用しないでその写しで証明してもらってください。