

診療報酬領収済明細書(医科)

年 月 分

組合員証番号		.....		保険者		東京都職員共済組合						
組合員氏名		.....		性別		(3 2 1 3 0 2 1 3)						
受診者氏名		.....		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 仰	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								円		
	時間外	×	回								円		
	休日深夜	×	回								円		
医学管理	.....		円									
在宅	往診	回	円										
	深夜・緊急	回	円										
	在宅患者訪問診療	回	円										
投薬	内服	薬調剤	×								単位	回	円
	外用	薬調剤	×								単位	回	円
		処方毒基	×								回	回	回	円
	注射	皮下筋肉内	回								円		
処置	処置	回	円										
	手術・麻酔	回	円										
検査	検査	回	円										
画像診断	画像診断	回	円										
その他	処方せん	回	円										
入院	入院年月日	年 月 日	円	※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				
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				円									
上記のとおり領収しました。													
殿													
年 月 日													
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。