

J 9 0 2

平成

年

月分

自動車損害賠償責任保険・共済 診療報酬明細書

(入院外)

この診療報酬明細書は自動車損害賠償責任保険・共済の処理上必要といたしますので、この用紙を使用し診療内容の詳細にご記入願います。

Main form table with columns for patient info, diagnosis, treatment, and charges. Includes sections for 10 (Diagnosis), 20 (Medication), 30 (Injections), 40 (Placement), 50 (Anesthesia), 60 (Examination), 70 (Imaging), 80 (Other), and a summary table at the bottom with 31 columns for hospital days.

上記金額を 殿
(に請求・から受領)済であることを証明いたします。
(請求または受領のいずれかを抹消し消印してください。)
平成 年 月 日
所在地
名称 (床)
医師名 印
電話

Two boxes labeled '受付印' (Reception Seal) for stamping.

※欄は該当する事項を○で囲んでください。

診療内容内訳書

氏名		
	摘要	摘要