

J9A1

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)

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を詳細にご記入願います。

Main form table with columns for patient info, injury details, medical content, points, charges, and summary. Includes sub-tables for hospitalization charges and medication details.

上記金額を 貴 院 (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。) 年 月 日 所在地 名称 ( 床 ) 医師名 印 電話

Two large rectangular boxes for receiving stamps (受付印).

※欄は該当する事項を○で囲んでください。