

J 9 0 1

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, diagnosis, treatment, and charges. Includes sub-tables for hospital stay and insurance claims.

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。)

年 月 日

所在地 名称 ( 床 ) 医師名 電話 印

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。