

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ご記入願います。

Main table with columns for patient name, sex, age, injury date, treatment date, diagnosis, treatment content, amount, and summary. Includes sub-tables for points and a calculation table at the bottom.

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 印
電話

Two boxes for receiving stamps (受付印).

※欄は該当する事項を○で囲んでください。