

J 9 0 2

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を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 initial consultation, injections, surgery, and imaging.

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 '受付印' (Reception Seal) with a grid for dates below.

※欄は該当する事項を○で囲んでください。