

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。

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------|-----------------------|----------------|----------|----|------------|------------------------|----|---|-------|-----------|---------|----------|-----|--|--|
| 被保険者証の記号・番号 | | | | | ※診療の 種類 | 健保 関係 | 労災 | 自由 診療 | その他 | ※傷病 起因 | 業務 上 | 通勤 途上 | その他 | | |
| 保険者名 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | ※明・大・昭・平 男・女 年 生 才 | | | | 受傷日 | 平成 年 月 日 | | | 診療実日数 | | | | | | |
| | | | | | 初診日 | 平成 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 傷病名 | | | | | 診療期間 | 自平成 年 月 日 至平成 年 月 日 | | | ※ 転 帰 | | | | | | |
| | | | | | | | | 治癒 | 継続 | 転医 | 中止 | 死亡 | | | |
| 診療内容 | | | | | 点数 | 金額 | | 摘要 | | | | | | | |
| 10 診察 | 11 初診 | 時間外・休日・深夜・乳幼児※ | | | 点 | 円 | | | | | | | | | |
| | 13 医学管理 | | | | | | | | | | | | | | |
| 小計 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 投薬 | 21 内服 | 単位 | | | | | | | | | | | | | |
| | 22 屯服 | 単位 | | | | | | | | | | | | | |
| | 23 外用 | 単位 | | | | | | | | | | | | | |
| | 24 調剤 | 日 | | | | | | | | | | | | | |
| | 26 麻薬 | 日 | | | | | | | | | | | | | |
| | 27 調基 | 回 | | | | | | | | | | | | | |
| 小計 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 30 注射 | 31 皮下筋肉内 | 回 | | | | | | | | | | | | | |
| | 32 静脈内 | 回 | | | | | | | | | | | | | |
| | 33 その他 | 回 | | | | | | | | | | | | | |
| 小計 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 40 処置 | 薬剤等 | | | | 回 | | | | | | | | | | |
| 小計 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 50 手術 | 麻薬剤等 | | | | 回 | | | | | | | | | | |
| 小計 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 60 検査 | 薬剤等 | | | | 回 | | | | | | | | | | |
| 小計 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 70 画像 | フィルム・薬剤等 | | | | 回 | | | | | | | | | | |
| 小計 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 80 その他 | リハビリテーション等 薬剤等 | | | | | | | 97 基準 食事・生活 基準(生) 円×回 円×日 円×日 円×日 小計 円 | | | | | | | |
| 小計 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 90 入院 | 入院年月日 | | 年 | 月 | 日 | | | 社会保険への請求額 円 患者負担割合(%) 円 食事・生活療養標準負担額 円 小計 円 診断書料 円 明細書料 円 室料差額(人部屋)× 日間 円 その他 円 小計 円 総請求額 円 | | | | | | | |
| | 病 | 診 | × | 日間 | | | | | | | | | | | |
| | | | 入院基本料・加算 | × | 日間 | | | | | | | | | | |
| | | | 特その他 | × | 日間 | | | | | | | | | | |
| | | | 特その他 | × | 日間 | | | | | | | | | | |
| 小計 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 合計 (1点単価 円) | | | | | | | | | | | | | | | |

上記金額を (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 (床) 印
名称
医師名
電話

| | |
|-----|-----|
| 受付印 | 受付印 |
|-----|-----|

※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 |
| | | |