

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															受傷日		平成	年	月	日	診療実日数																											
氏 名															※ 明・大・昭・平 年生 才		男・女	初 診 日	平成	年	月	日	日																									
傷 病 名															診 療 期 間		自平成	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																													
1 1 初 診 時間外・休日・深夜・乳幼児※															点		円																															
1 0 再 診																																																
1 2 外来管理加算																																																
再 診 時間外																																																
休 日																																																
深 夜																																																
1 3 医学管理																																																
その他																																																
小 計																																																
2 0 2 1 内服 薬剤																																																
調 剤 × 回																																																
2 2 屯服 薬剤																																																
2 3 外用 薬剤																																																
調 剤 × 回																																																
2 5 処方																																																
2 6 麻毒																																																
2 7 調基																																																
小 計																																																
3 0 3 1 皮下筋肉内																																																
3 2 静脈内																																																
3 3 その他																																																
小 計																																																
4 0 処 置 薬 剤 等																																																
小 計																																																
5 0 手 術 麻 酔 薬 剤 等																																																
小 計																																																
6 0 検 査 薬 剤 等																																																
小 計																																																
7 0 画 診 断 薬 剤 等																																																
小 計																																																
8 0 処 方 せん 所 需 薬 剤 等																																																
小 計																																																
合 計 (1点単価 円)																																																
															社会保険への請求額				円																													
															患者負担		負担割合 (%)		円																													
															小 計				円																													
															診 断 書 料		通		円																													
															明 細 書 料		通		円																													
															そ の 他				円																													
															小 計				円																													
															総 請 求 額				円																													
通院日に															月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	日
○をつけて															月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	日
ください。															月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	日

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。)
 平成 年 月 日
 所在地
 名 称 (床)
 医師名 印
 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