

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。

氏名	※ 明・大・昭・平 年生			受傷日	平成 年 月 日	診療実日数																							
	男・女 才			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 繼 転 中 死 ゆ 続 医 止 亡																							
				診療内容	金額		摘要																						
診療内容		点数		診療内容	金額	摘要																							
		技術	薬剤等																										
10 診察	11 初診	時間外・休日・深夜・乳幼児※	点	10 11 初診	円																								
	13 医学管理		*****	診 救急医療管理加算	円																								
	10 小計		*****	診 10 小計	円																								
	20 投薬	21 内服	単位	*****	80 入院室料加算		円																						
		22 屯服	単位	*****	そ 人部屋× 日間																								
		23 外用	単位	*****	の		円																						
		24 調剤	× 日	*****	他		円																						
		26 麻毒	日	*****	80 小計		円																						
	27 調基	× 回	*****	97 基準	円×		備考																						
	20 小計		*****	食	円×																								
30 注射	回	*****	事	円×																									
40 処置	回	*****	97 小計	円																									
50 手術	回	*****	診断書料	通○	円																								
60 検査	回	*****	明細書料	通○	円																								
70 画像	回	*****	摘 要																										
80 その他	回	*****																											
90 入院	入院年月日	年 月 日																											
病診衣	病	× 日間																											
	診	× 日間																											
	衣	× 日間																											
	入院基本料・加算																	× 日間											
																		× 日間											
特		× 日間																											
入		× 日間																											
の																													
・他																													
90 小計																													
10 ~ 90 点数計									①	点②	点																		
請求額の計算	A (①×単価×1.)	B (②×単価)							C (③×1.)	D (④+⑤+⑥+⑦)	合計 (A+B+C+D)																		
	円	円							円	円	円																		

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