

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	健康関係	労災	自由診療	その他	※傷病起因	業務上	通勤上	その他	
保険者名													
氏名	※大・昭・平・令 男・女			年	生	受傷日		年	月	日	診療実日数		
				才		初診日		年	月	日	日		
傷病名					診療期間		自	年	月	日	※転帰		
					至		年	月	日	治	継	転	中
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 麻毒	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	手麻酔			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	円×	回	備考				
小計						食事・生活	円×	回	基準(生)	円×	回		
							円×	日		円×	回		
							円×	日					
小計						小計		回				円	
90 入院	入院年月日		年	月	日								
	病診	入院基本料・加算	×	日間									
			×	日間									
			×	日間									
			×	日間									
	入院	特入・他											
			小計										
	合計 (1点単価 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。)
 年 月 日

所在地 (床)
 名称 印
 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