

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し記入願います。

被保険者証の記号・番号															※診療の	健保	労	自由	その	※傷	病	業務	通勤	その																								
保険者名															種類	関係	災	診療	他	起因	上	途上	他																									
氏	※大・昭・平・令 年生才														受傷日	年	月	日	診療実日数																													
名	男・女														初診日	年	月	日	日																													
傷	傷病名														診療	自	年	月	日	※ 転 帰																												
病															期	至	年	月	日	治	継	転	中	死																								
名															間		年	月	日	ゆ	続	医	止	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															回																																	
1 2 外来管理加算															回																																	
再診 時間外															回																																	
休日															回																																	
深夜															回																																	
1 3 医学管理																																																
その他																																																
小計																																																
2 1 内服 薬剤															単位																																	
2 0 調剤															回																																	
2 2 屯服 薬剤															単位																																	
2 3 外用 薬剤															単位																																	
2 5 処方															回																																	
2 6 麻毒															回																																	
2 7 調基															回																																	
小計																																																
3 0 3 1 皮下筋肉内															回																																	
3 2 静脈内															回																																	
3 3 その他															回																																	
小計																																																
4 0 処方 薬剤等															回																																	
小計																																																
5 0 手麻 薬剤等															回																																	
小計																																																
6 0 検 査 薬剤等															回																																	
小計																																																
7 0 画診															回																																	
フィルム・薬剤等															回																																	
小計																																																
8 0 処方せん															回																																	
その																																																
リハビリテーション等																																																
の薬剤等																																																
その他																																																
小計																																																
合計 (1点単価 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。)
 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