

J9A1

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)

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	※ 大・昭・平・令 年生		受傷日	年 月 日	診療実日数	
	男・女 才		初診日	年 月 日		
傷病名	診療期間			自 年 月 日	至 年 月 日	※ 転帰
						治癒 継続 転医 中止 死亡
診療内容		点数		診療内容	金額	摘要
		技術	薬剤等			
10	11 初診 13 医学管理 10 小計	時間外・休日・深夜・乳幼児※ ***** ***** *****	点 ***** *****	10 11 初診 救急医療管理加算 10 小計	円 円 円	
20	21 内服 22 屯服 23 外用 24 調剤 26 麻毒 27 調基 20 小計	単位 単位 単位 × 日 日 × 回	***** ***** ***** ***** ***** *****	80 入院室料加算 その部屋× 日間 他の 80 小計	円 円 円 円	
30	注射薬剤等	回	*****	97 基準 食 97 小計	円× 回 円× 回 円× 日 円	備考
40	処置薬剤等	回	*****	診断書料 明細書料	通○ 円 通○ 円	
50	手術麻酔薬剤等	回	*****	摘要		
60	検査薬剤等	回	*****			
70	画像診断	回	*****			
80	リハビリテーション等 その他薬剤等	回	***** *****			
90	入院年月日	年 月 日	*****			
	病診衣	× 日間	*****			
	入院基本料・加算	× 日間	*****			
		× 日間	*****			
		× 日間	*****			
		× 日間	*****			
特その入の・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	

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