

J 9 0 1

平成

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。

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	通勤上	その他
保険者名				氏名		受傷日	平成	年	月	日	診療実日数	
※明・大・昭・平 男・女				年 才		初診日	平成	年	月	日	日	
傷病名				診療期間		自平成	年	月	日	※転帰		日
				至平成		年	月	日	治癒 継続		転医	中止 死亡
診療内容				点数	金額	摘要						
10	11	初診	時間外・休日・深夜・乳幼児※	点	円							
	13	医学管理										
小計												
20	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	31	皮下筋肉内	回									
	32	静脈内	回									
	33	その他	回									
小計												
40	処薬剤等			回								
小計												
50	手麻薬剤等			回								
小計												
60	検査薬剤等			回								
小計												
70	画像診断			回								
小計												
80	リハビリテーション等					97	基準	円×	回	備考		
	薬剤等							円×	回	基準(生)		
	その他							円×	日	円×		
	その他							円×	日	円×		
小計												
90	入院年月日		年	月	日							
	病	診	×	日間								
		入院基本料・加算	×	日間								
			×	日間								
			×	日間								
			×	日間								
		特その他										
小計												
合計 (1点単価 円)												
						食事・生活	小計	回	円			
						社会保険への請求額				円		
						患者負担割合 (%)				円		
						食事・生活療養標準負担額				回	円	
						小計				円		
						診断書料				通	円	
						明細書料				通	円	
						室料差額 (人部屋) ×				日間	円	
						その他				円		
						小計				円		
						総請求額				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 (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。

