

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	※ 転 帰 治 継 転 中 死 沙 続 医 止 亡		
				至 年 月 日			
診療内容		点数		診療内容	金額	摘要	
		技 術	薬 剤 等				
10	11 初診 時間外・休日・深夜・乳幼児※	点	*****	10	11 初診	円	
診察	13 医学管理		*****	診	救急医療管理加算	円	
	10 小計		*****	察	10 小計	円	
20	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× 回
20 小計		*****	食	円× 回			
30	注射薬剤等	回	*****	事	円× 日	備考	
40	処置薬剤等	回	*****	97 小計	⊕	円	
50	手術麻酔薬剤等	回	*****	97 小計	⊖	円	
60	検査薬剤等	回	*****	97 小計	⊕	円	
70	両診後断フィルム・薬剤等	回	*****	97 小計	⊖	円	
80	リハビリテーション等		*****	97 小計	⊕	円	
90	入院	入院年月日	年 月 日	97 小計	⊕	円	
入院	病 診 衣	入院基本料・加算	× 日間	*****	97 小計	⊕	円
		特 所 入 の ・ 他	× 日間	*****	97 小計	⊕	円
			× 日間	*****	97 小計	⊕	円
			× 日間	*****	97 小計	⊕	円
			× 日間	*****	97 小計	⊕	円
90 小計		*****	97 小計	⊕	円		
10 ~ 90 点数計		⊕	点⊕	97 小計	⊕	円	
請求額の計算	A (⊕×単価×1.)	B (⊖×単価)	C (⊖×1.)	D (⊖+⊕+⊕+⊕)	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) 印
名称
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