

J 9 A 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		日						
傷病名			診療期間		自 年 月 日 至 年 月 日		※ 転 帰						
							治 癒 続 続 中 止 死 亡						
診療内容			点数		診療内容		金額						
			技術 薬剤等				摘要						
10 診察	11 初診	時間外・休日・深夜・乳幼児※	点	*****	点	11 初診	円						
	12 外来管理加算	回		*****		12 再診	円						
	再時間外	回		*****		指導管理	円						
	休日	回		*****		救急医療管理加算	円						
	診深夜	回		*****		10 小計	円						
	13 医学管理			*****		80 その他	円						
	その他			*****		診断書料	通③	円					
	10 小計			*****		明細書料	通④	円					
	21 内服 薬剤	単位	*****			摘要							
	22 外用 薬剤	単位	*****										
20 投薬	23 処方	単位	*****										
	24 麻毒	単位	*****										
	25 調基	単位	*****										
	20 小計		*****										
	31 皮下筋肉内	回	*****										
	32 静脈内	回	*****										
	33 その他 薬剤等	回	*****										
	30 小計		*****										
	40 処置 薬剤等	回	*****										
	50 手術 薬剤等	回	*****										
30 注射	60 検査 薬剤等	回	*****										
	70 画診 薬剤等	回	*****										
	80 処方せん	回	*****										
	その他 薬剤等	回	*****										
	10 ~ 80 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)		合計 (A + B + C + D)			
	通院日に○印を	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										
	つけてください。	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 毀

(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

医師名

電話

(床)

印

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