

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	通勤途上	その他											
保険者名													受傷日		平成	年	月	日	診療実日数															
氏名	※明・大・昭・平 年生才 男・女											初診日		平成	年	月	日																	
傷病名												診療期間		自平成	年	月	日	※転帰 治ゆ 継統 転医 中止 死亡																
診療内容													点数	金額		摘要																		
10 診察	11 初診	時間外・休日・深夜・乳幼児※		点	円																													
		再診	×	回																														
	12	外来管理加算	×	回																														
		再時間外	×	回																														
		休日	×	回																														
		深夜	×	回																														
	13	医学管理																																
		その他																																
		小計																																
20 投薬	21 内服	薬剤		単位																														
		調剤	×	回																														
	22 屯服	薬剤		単位																														
	23 外用	薬剤		単位																														
		調剤	×	回																														
	25	処方	×	回																														
	26	麻毒		回																														
27	調基		回																															
		小計																																
30 注射	31	皮下筋肉内		回																														
	32	静脈内		回																														
	33	その他		回																														
		小計																																
40	処置	薬剤等		回																														
		小計																																
50	手術	麻酔		回																														
		小計																																
60	検査	薬剤等		回																														
		小計																																
70	画像診断	フィルム・薬剤等		回																														
		小計																																
80	その他	処方せん リハビリテーション等 の薬剤等		回																														
		小計																																
合計 (1点単価 円)														総請求額																				
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。)  
 平成 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