

J901

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 男・女			年	生	初診日			平成	年	月	日
傷病名				診療期間		自平成	年	月	日	※転帰 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							
診察	13	医学管理										
	小計											
20	21	内服		単位								
投薬	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								
注射	32	静脈内		回								
	33	その他		回								
	小計											
40	処置 薬剤等			回								
	小計											
50	手術 薬剤等			回								
	小計											
60	検査 薬剤等			回								
	小計											
70	画像診断 ファイルム・薬剤等			回								
	小計											
80	リハビリテーション等											
その他	薬剤等											
	小計											
90	入院年月日		年	月	日							
	病	診	×	日間								
	入院基本料・加算		×	日間								
	特その他		×	日間								
	特その他		×	日間								
	小計											
合計 (1点単価 円)												
				97	基準	円×	回	備考		円×	回	
					食事・生活	円×	回	基準(生)		円×	回	
						円×	日			円×	回	
						円×	日					
					小計		回				円	
				社会保険への請求額							円	
				患者負担		負担割合 (%)					円	
				患者負担		食事・生活療養標準負担額		回			円	
				患者負担		小計					円	
				患者負担		診断書料		通			円	
				患者負担		明細書料		通			円	
				患者負担		室料差額(人部屋)×		日間			円	
				患者負担		その他					円	
				患者負担		小計					円	
				患者負担		総請求額					円	

上記金額を (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) 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		