

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	* 明・大・昭・平 年生		受傷日	平成 年 月 日	診療実日数											
	男・女 才		初診日	平成 年 月 日												
傷病名	診療期間			自平成 年 月 日	* 転帰											
				至平成 年 月 日		治ゆ 継続 転医 中止 死亡										
診療内容			点数		診療内容	金額	摘要									
			技術	薬剤等												
101	11 初診	時間外・休日・深夜・乳幼児*	点	*****点	101	11 初診	円	摘要欄								
	13 医学管理			*****	診	救急医療管理加算	円									
	10 小計			*****	察	10 小計	円									
202	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									
204	24 調剤	× 日		*****	他		円									
206	26 麻痺	日		*****		80 小計	円									
207	27 調基	× 回		*****	97	基準	円× 回									
	20 小計		*****		食	円× 回	円									
30	注射	回		*****	事	円× 日										
40	処置	回		*****		97 小計	円									
50	手術	回		*****		診断書料	通① 円									
60	検査	回		*****		明細書料	通① 円									
70	画像	回		*****		摘要欄										
80	その他	回		*****		摘要欄										
90	入院	入院年月日	年 月 日	*****		摘要欄										
		病 診 衣	× 日間	*****		摘要欄										
		入院基本料・加算	× 日間	*****		摘要欄										
			× 日間	*****		摘要欄										
			× 日間	*****		摘要欄										
		特そ入の・他	× 日間	*****		摘要欄										
	90 小計			*****		摘要欄										
10 ~ 90 点数計			①	点②		摘要欄										
請求額の計算		A (①×単価×1.)		円	B (②×単価)		円	C (③×1.)		円	D (④+⑤+⑥+⑦)		円	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。)  
 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。

# 診 療 内 容 内 訳 書

氏 名		
	摘 要	摘 要