

J 9 A 1

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ご記入願います。

Main form table with columns for patient name, injury date, treatment content, points, amount, and summary. Includes sub-tables for diagnosis, medication, and hospital charges.

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

Two boxes for receiving stamps (受付印).

※欄は該当する事項を○で囲んでください。

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 治 療 中 死 亡 ゆ 続 医 止 亡	
					至平成 年 月 日				
診療内容				点 数		診療内容	金額	摘 要	
				技 術	薬 剤 等				
10 診察	11 初診	時間外・休日・深夜・乳幼児※	点	*****	点	11 初診	円		
	13 医学管理			*****		診察 救急医療管理加算	円		
10 小計				*****		診察 10 小計	円		
20 投薬	21 内服	単位	*****			80 入院室料加算	円	その 他	
	22 屯服	単位	*****			入院室料 加算 人部屋× 日間			
	23 外用	単位	*****				円		
	24 調剤	× 日		*****			円		
	26 麻毒	× 日		*****			円		
	27 調基	× 回		*****		80 小計	円		
20 小計				*****					
30 注射	薬 剤 等		回	*****		97 基準	円×	備 考	
40 処置			回	*****		食	円×		
50 手術			回	*****		事	円×		
60 検査			回	*****		97 小計	円		
70 画像			回	*****					
80 リハビリテーション等			回	*****		診断書料	通	円	
その他				*****		明細書料	通	円	
						摘 要			
90 入院	入院年月日		年 月 日	*****					
	病 診 衣	入院基本料・加算	× 日間	*****					
			× 日間	*****					
			× 日間	*****					
			× 日間	*****					
			× 日間	*****					
90 小計				*****					
10 ~ 90 点数計				①	点②				
請求額の計算		A (⑦×単価×1.)		B (⑧×単価)		C (⑨×1.)		D (⑩+⑪+⑫+⑬)	合計 (A+B+C+D)
		円		円		円		円	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○で開んでください。