

J 9 0 2 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。

|                   |                       |           |   |   |   |   |   |   |   |   |    |            |          |        |            |         |           |         |          |         |        |        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
|-------------------|-----------------------|-----------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|------------|----------|--------|------------|---------|-----------|---------|----------|---------|--------|--------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|---|
| 被保険者証の記号・番号       |                       |           |   |   |   |   |   |   |   |   |    | ※診療の<br>種類 | 健保<br>関係 | 労<br>災 | 自由<br>診療   | その<br>他 | ※傷病<br>起因 | 業務<br>上 | 通勤<br>途上 | その<br>他 |        |        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
| 保険者名              |                       |           |   |   |   |   |   |   |   |   |    | 受傷日        |          | 平成     | 年          | 月       | 日         | 診療実日数   |          |         |        |        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
| 氏名                |                       |           |   |   |   |   |   |   |   |   |    | 初診日        |          | 平成     | 年          | 月       | 日         | 日       |          |         |        |        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
| 傷病名               |                       |           |   |   |   |   |   |   |   |   |    | 診療期間       |          | 自平成    | 年          | 月       | 日         | ※ 転 帰   |          |         |        |        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
|                   |                       |           |   |   |   |   |   |   |   |   |    |            |          | 至平成    | 年          | 月       | 日         | 治<br>ゆ  | 継<br>続   | 転<br>医  | 中<br>止 | 死<br>亡 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
| 診療内容              |                       |           |   |   |   |   |   |   |   |   |    | 点数         | 金額       |        | 摘要         |         |           |         |          |         |        |        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
| 10<br>診<br>察      | 1 1 初診 時間外・休日・深夜・乳幼児※ |           |   |   |   |   |   |   |   |   |    | 点          | 円        |        |            |         |           |         |          |         |        |        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
|                   | 再診                    |           |   |   |   |   |   |   |   |   |    | ×          | 回        |        |            |         |           |         |          |         |        |        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
|                   | 1 2 外来管理加算            |           |   |   |   |   |   |   |   |   |    | ×          | 回        |        |            |         |           |         |          |         |        |        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
|                   | 再診 時間外                |           |   |   |   |   |   |   |   |   |    | ×          | 回        |        |            |         |           |         |          |         |        |        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
|                   | 再診 休日                 |           |   |   |   |   |   |   |   |   |    | ×          | 回        |        |            |         |           |         |          |         |        |        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
|                   | 再診 深夜                 |           |   |   |   |   |   |   |   |   |    | ×          | 回        |        |            |         |           |         |          |         |        |        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
|                   | 1 3 医学管理              |           |   |   |   |   |   |   |   |   |    |            |          |        |            |         |           |         |          |         |        |        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
|                   | その他                   |           |   |   |   |   |   |   |   |   |    |            |          |        |            |         |           |         |          |         |        |        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
|                   | 小計                    |           |   |   |   |   |   |   |   |   |    |            |          |        |            |         |           |         |          |         |        |        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
|                   | 20<br>投<br>薬          | 2 1 内服 薬剤 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |            | 単位       | 回      |            |         |           |         |          |         |        |        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
| 調剤                |                       |           |   |   |   |   |   |   |   |   | ×  |            |          |        |            |         |           |         |          |         |        |        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
| 2 2 屯服 薬剤         |                       |           |   |   |   |   |   |   |   |   | 単位 | 回          |          |        |            |         |           |         |          |         |        |        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
| 2 3 外用 薬剤         |                       |           |   |   |   |   |   |   |   |   | 単位 | 回          |          |        |            |         |           |         |          |         |        |        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
| 調剤                |                       |           |   |   |   |   |   |   |   |   | ×  |            |          |        |            |         |           |         |          |         |        |        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
| 2 5 処方            |                       |           |   |   |   |   |   |   |   |   | ×  | 回          |          |        |            |         |           |         |          |         |        |        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
| 2 6 麻毒            |                       |           |   |   |   |   |   |   |   |   |    | 回          |          |        |            |         |           |         |          |         |        |        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
| 2 7 調基            |                       |           |   |   |   |   |   |   |   |   |    | 回          |          |        |            |         |           |         |          |         |        |        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
| 小計                |                       |           |   |   |   |   |   |   |   |   |    |            |          |        |            |         |           |         |          |         |        |        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
| 30<br>注<br>射      | 3 1 皮下筋肉内             |           |   |   |   |   |   |   |   |   |    |            | 回        |        |            |         |           |         |          |         |        |        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
|                   | 3 2 静脈内               |           |   |   |   |   |   |   |   |   |    |            | 回        |        |            |         |           |         |          |         |        |        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
|                   | 3 3 その他               |           |   |   |   |   |   |   |   |   |    |            | 回        |        |            |         |           |         |          |         |        |        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
| 小計                |                       |           |   |   |   |   |   |   |   |   |    |            |          |        |            |         |           |         |          |         |        |        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
| 40<br>処<br>置      | 4 0 薬剤等               |           |   |   |   |   |   |   |   |   |    |            | 回        |        |            |         |           |         |          |         |        |        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
|                   | 小計                    |           |   |   |   |   |   |   |   |   |    |            |          |        |            |         |           |         |          |         |        |        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
| 50<br>手<br>術      | 5 0 薬剤等               |           |   |   |   |   |   |   |   |   |    |            | 回        |        |            |         |           |         |          |         |        |        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
|                   | 小計                    |           |   |   |   |   |   |   |   |   |    |            |          |        |            |         |           |         |          |         |        |        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
| 60<br>検<br>査      | 6 0 薬剤等               |           |   |   |   |   |   |   |   |   |    |            | 回        |        |            |         |           |         |          |         |        |        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
|                   | 小計                    |           |   |   |   |   |   |   |   |   |    |            |          |        |            |         |           |         |          |         |        |        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
| 70<br>画<br>像      | 7 0 ファイルム・薬剤等         |           |   |   |   |   |   |   |   |   |    |            | 回        |        |            |         |           |         |          |         |        |        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
|                   | 小計                    |           |   |   |   |   |   |   |   |   |    |            |          |        |            |         |           |         |          |         |        |        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
| 80<br>そ<br>の<br>他 | 8 0 処方せん              |           |   |   |   |   |   |   |   |   |    |            | 回        |        |            |         |           |         |          |         |        |        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
|                   | リハビリテーション等            |           |   |   |   |   |   |   |   |   |    |            | 回        |        |            |         |           |         |          |         |        |        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
|                   | 薬剤等                   |           |   |   |   |   |   |   |   |   |    |            | 回        |        |            |         |           |         |          |         |        |        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
|                   | 小計                    |           |   |   |   |   |   |   |   |   |    |            |          |        |            |         |           |         |          |         |        |        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
| 合計 (1点単価 円)       |                       |           |   |   |   |   |   |   |   |   |    |            |          |        | 社会保険への請求額  |         |           |         |          | 円       |        |        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
|                   |                       |           |   |   |   |   |   |   |   |   |    |            |          |        | 患者負担割合 (%) |         |           |         |          | 円       |        |        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
|                   |                       |           |   |   |   |   |   |   |   |   |    |            |          |        | 小計         |         |           |         |          | 円       |        |        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
|                   |                       |           |   |   |   |   |   |   |   |   |    |            |          |        | 診断書料       |         |           |         |          | 円       |        |        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
|                   |                       |           |   |   |   |   |   |   |   |   |    |            |          |        | 明細書料       |         |           |         |          | 円       |        |        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
|                   |                       |           |   |   |   |   |   |   |   |   |    |            |          |        | その他        |         |           |         |          | 円       |        |        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
|                   |                       |           |   |   |   |   |   |   |   |   |    |            |          |        | 小計         |         |           |         |          | 円       |        |        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
|                   |                       |           |   |   |   |   |   |   |   |   |    |            |          |        | 総請求額       |         |           |         |          | 円       |        |        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
| 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 宛 (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 ) 印  
名称  
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<br>名 |     |     |
|        | 摘 要 | 摘 要 |
|        |     |     |