

自動車損害賠償責任保険
診療報酬明細書

平成 年 月 分

書式 1

入院

| 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 至平成 年 月 日 | 転帰 治癒 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 | | | | | |
| ⑩ 診察 | ⑪ 初診 | 時間外・休日・深夜・乳幼児 | 点 | 点 | ⑩ ⑪ 初診 | 円 | | | |
| | ⑬ 指導 | | | | 救急医療管理加算 | 円 | | | |
| | ⑩ 小計 | | | | ⑩ 小計 | Ⓐ 円 | | | |
| ⑳ 投薬 | ㉑ 内服 | 単位 | | | ㉒ 入院室料加算 人部屋× 日間 | 円 | | | |
| | ㉒ 屯服 | 単位 | | | | | | 円 | |
| | ㉓ 外用 | 単位 | | | | | | 円 | |
| | ㉔ 調剤 | × 日 | | | | | | 円 | |
| | ㉕ 麻毒 | × 日 | | | | ㉖ 小計 | | ㉗ 円 | |
| | ㉖ 調基 | × 回 | | | | 基準 | | | 備考 |
| | ㉗ 小計 | | | | | 食 | | 円× 日間 円× 日間 円× 日間 | |
| ㉘ 注射 | 回 | | | ㉙ 小計 | Ⓔ 円 | | | | |
| ㉚ 薬剤等 | 回 | | | 診断書料 | 通 ㉛ 円 | | | | |
| ㉜ 薬剤等 | 回 | | | 明細書料 | 通 ㉜ 円 | | | | |
| ㉜ 薬剤等 | 回 | | | 摘要 | | | | | |
| ㉝ 薬剤等 | 回 | | | | | | | | |
| ㉞ 薬剤等 | 回 | | | | | | | | |
| ㉟ 薬剤等 | 回 | | | | | | | | |
| ㊱ 薬剤等 | 回 | | | | | | | | |
| ㊲ 薬剤等 | 回 | | | | | | | | |
| ㊳ 薬剤等 | 回 | | | | | | | | |
| ㊴ 薬剤等 | 回 | | | | | | | | |
| ㊵ 薬剤等 | 回 | | | | | | | | |
| ㊶ 薬剤等 | 回 | | | | | | | | |
| ㊷ 薬剤等 | 回 | | | | | | | | |
| ㊸ 薬剤等 | 回 | | | | | | | | |
| ㊹ 薬剤等 | 回 | | | | | | | | |
| ㊺ 薬剤等 | 回 | | | | | | | | |
| ㊻ 薬剤等 | 回 | | | | | | | | |
| ㊼ 薬剤等 | 回 | | | | | | | | |
| ㊽ 薬剤等 | 回 | | | | | | | | |
| ㊾ 薬剤等 | 回 | | | | | | | | |
| ㊿ その他 | 回 | | | | | | | | |
| ㉑ 入院 | 入院年月日 | 年 月 日 | | | | | | | |
| | 病診衣 | × 日間 | | | | | | | |
| | 入院料 | × 日間 | | | | | | | |
| | 入院時医学管理料 | × 日間 | | | | | | | |
| | | × 日間 | | | | | | | |
| | | × 日間 | | | | | | | |
| | | × 日間 | | | | | | | |
| 特定入院料・その他 | | | | | | | | | |
| ㉑ 小計 | | | | | | | | | |
| ⑩ ~ ㉑ 点数計 | | | ㉑ 点 | ㉒ 点 | | | | | |
| 請求額の計算 | A (㉑×単価×1.) 円 | B (㉒×単価) 円 | C (㉓×1.) 円 | D (㉔+㉕+㉖+㉗) 円 | 合計 (A+B+C+D) 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

殿 所在地
名称 (床)
医師名 印
(電話番号)

診 療 内 容 内 訳 書

| | | |
|--------|--------|--------|
| 氏 名 | | |
| | 摘 要 | 摘 要 |