

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 年生才				初診日	平成	年	月	日	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							
	13	医学管理											
小計													
20	21	内服	単位										
	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										
	32	静脈内	回										
	33	その他	回										
小計													
40	処薬剤等				回								
小計													
50	手麻薬剤等				回								
小計													
60	検査				回								
小計													
70	画診フィルム・薬剤等				回								
小計													
80	リハビリテーション等												
	その他												
小計													
90	入院年月日	年	月	日									
入院	病診	×	日間										
	入院基本料・加算	×	日間										
		×	日間										
		×	日間										
		×	日間										
特その他													
小計													
合計 (1点単価 円)													
					97	基準	円×	回	備考				
						食事・生活	円×	回	基準(生)				
							円×	日	円×				
							円×	日	円×				
						小計		回	円				
						社会保険への請求額			円				
						患者負担			円				
						患者負担			円				
						小計			円				
						診断書料		通	円				
						明細書料		通	円				
						室料差額(人部屋)×		日間	円				
						その他			円				
						小計			円				
						総請求額			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	

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ご記入願います。

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													初診日		平成	年	月	日	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 診察	11 初診 時間外・休日・深夜・乳幼児※												点	円																				
	再診 × 回																																	
	12 外来管理加算 × 回																																	
	再診 時間外 × 回																																	
	再診 休日 × 回																																	
20 投薬	13 医学管理																																	
	その他																																	
	小計																																	
	21 内服 薬剤 単位 × 回																																	
	22 屯服 薬剤 単位 × 回																																	
30 注射	23 外用 薬剤 単位 × 回																																	
	25 処方 × 回																																	
	26 麻毒 回																																	
	27 調基 回																																	
	小計																																	
40 処置	31 皮下筋肉内 回																																	
	32 静脈内 回																																	
	33 その他 回																																	
小計																																		
50 手術	40 薬剤等 回																																	
	小計																																	
60 検査	50 薬剤等 回																																	
	小計																																	
70 画像診断	60 薬剤等 回																																	
	フィルム・薬剤等 小計																																	
80 その他	処方せん 回																																	
	そりハピリテーション等																																	
	の薬剤等																																	
	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																						
												患者負担 小計 円																						
												診断書料 通 円																						
												明細書料 通 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 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

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	

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。

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 治癒 継続 転医 中止 死亡
				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	11 初診	時間外・休日・深夜・乳幼児※	点	*****	10	11 初診	円	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 ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿
	13 医学管理			*****	診	救急医療管理加算	円	
	10 小計			*****	察	10 小計	円	
20	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	
	24 調剤	× 日	*****		他		円	
	26 麻毒	日	*****			80 小計	円	
27 調基	× 回		*****		97	基準	円× 回	
	20 小計		*****		食	円× 回	円	
30	注射薬剤等	回	*****		事	円× 日	備考	
40	処置薬剤等	回	*****			97 小計	円	
50	麻酔薬剤等	回	*****			診断書料	通① 円	
60	手術薬剤等	回	*****			明細書料	通① 円	
70	検査薬剤等	回	*****			摘要		
80	フィルム・薬剤等	回	*****					
90	リハビリテーション等		*****					
	その他薬剤等		*****					
入院	入院年月日	年 月 日	*****					
	病診衣	× 日間	*****					
	入院基本料・加算	× 日間	*****					
		× 日間	*****					
		× 日間	*****					
特そ入の・他		*****						
90 小計		*****						
10 ~ 90 点数計			①	点②	点			
請求額の計算	A (①×単価×1.)		B (②×単価)		C (③×1.)		D (④+⑤+⑥+⑦)	
	円		円		円		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

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 至平成 年 月 日		※ 転帰 治 継 転 中 死 ゆ 続 医 止 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	11 初診	円																												
	12 再診	外来管理加算	回	*****	12 再診	円																												
		時間外	回	*****	指導管理	円																												
		休日	回	*****	救急医療管理加算	円																												
		深夜	回	*****	10小計	円																												
	13 医学管理			*****	80 その他	円																												
	その他			*****	診断書料	通④ 円																												
	10小計			*****	明細書料	通④ 円																												
						摘要																												
	20 投薬	21 内服	薬剤	単位	*****																													
		調剤	× 回	*****																														
22 屯服		薬剤	単位	*****																														
23 外用		薬剤	単位	*****																														
		調剤	× 回	*****																														
25 処方			× 回	*****																														
26 麻毒			回	*****																														
27 調基			回	*****																														
20小計			*****																															
30 注射	31 皮下	筋肉内	回	*****																														
	32 静脈内		回	*****																														
	33 その他		回	*****																														
		薬剤等		*****																														
30小計			*****																															
40 処置	薬剤等	回	*****																															
50 手術	薬剤等	回	*****																															
60 検査	薬剤等	回	*****																															
70 画像	フィルム・薬剤等	回	*****																															
80 処方せん		回	*****																															
その他	リハビリテーション等		*****																															
	薬剤等		*****																															
10 ~ 80 点数計			①	点②	点																													
請求額の計算		A(①×単位×1.)		B(②×単価)		C(①×1.)		D(③+④+⑤)		合計(A+B+C+D)																								
		円		円		円		円		円																								
通院日に○印を	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
つけてください。	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 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

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