

自動車損害賠償責任保険
診療報酬明細書

入院

平成 年 月 分

この診療報酬明細書は自動車損害賠償責任保険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	健康関係	労災	自由診療	その他	※ 傷起	病因	業務上	通勤途上	その他		
保険者名																
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	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	金額		摘要								
⑩ 診察	⑪ 初診	*時間外・休日・深夜・乳幼児			点	円										
	⑬ 指導															
⑫ 投薬	小計															
	⑲ 内服	服	単位													
	⑳ 屯服	服用	単位													
	㉑ 外用	用	単位													
	㉒ 調剤	剤	× 日													
	㉓ 麻毒	毒	× 日													
⑭ 注射	㉔ 調基	基	× 回													
	小計															
	㉕ 皮下筋肉内	内	回													
⑮ 処置	㉖ 静脈内	内	回													
	㉗ その他	他	回													
	小計															
⑯ 麻酔	薬剤等				回											
	小計															
⑰ 検査	薬剤等				回											
	小計															
⑱ 画像診断	フィルム・薬剤等				回											
	小計															
⑲ その他	その他				回											
	小計															
⑳ 入院	入院年月日		年	月	日											
	病診	入院	×	日間												
			×	日間												
	院料	入院時医学管理料	×	日間												
			×	日間												
			×	日間												
			×	日間												
	特定入院料・その他															
	小計															
	合計 (1点単価 円)															
					⑳ 食	基準	円×	日間	備考							
					食事		円×	日間								
							円×	日間								
					小計			日	円							
					社会保険への請求額				円							
					患者負担	負担割合 (%)				円						
						食事療養標準負担額		日		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 (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 (床)
名称 印
医師名
電話

※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