

全美連賠償責任保険
診療報酬明細書

診療報酬 点数表	甲	乙
-------------	---	---

被保険者証の記号・番号				保険者名		健康・国保 1 自由診療 3 労 災 2 その他 4				コード	
氏名	才		男 1 女 2	コード						コード	
傷病名	コード			傷病起因	職務上 職務外	転帰	治ゆ	継続	転医	中止	死亡
診療期間	自平成 至平成	年 月 日	日間	診療 実日数	日	入院	日	往診	日	通院	日
診療内容			点数	金額		診療内容			点数	金額	
診療料	初診	時間外・深夜	点	千 円		入院料	自 月 日	日間	点	千 円	
	再診	回			至 月 日		日間				
投薬料	往診	回			その他	食 無	日間	点	千 円		
	小計					室料差額	日分				
注射料	(品名・処方内容・使用量)				小計	付添剤料					
	内服	日分				付添器具料					
処置料	(種別、品名、濃度、容量等)				小計	診断書料		通			
	皮下筋肉内	回				明細書料	通				
手術料	(処置名・理学療法)				患者負担額	合計(1点単価 円)					
	静脈内	回				社会保険への請求額					
検査、レントゲン料	(検査名、写真区分、枚回)				給付対象外	患者負担 %					
	点滴その他	回				一部負担金	初診の際 入 院				
小計					診断書料		通				
小計					明細書料		通				
小計					室料差額						
小計					付添剤料						
小計					付添器具料						
小計					計						

④この用紙を使用し診療内容を詳細に記入願います。なお「コード欄」は記入しないで下さい。

上記金額を 貴 院 に請求 済であることを証明いたします。

コ ー ド	所在地	
	種類	

平成 年 月 日

所在地
名称
区 郡 名

(請求または受領の何れかを抹消し捺印して下さい)

※ 欄外に記す事項を○で囲むこと。

(電話番号)

