

診療報酬明細書

都道府
県番号

医療機関コード

1 医科	1 社・国 公費	3 後 退 職	1 単 独 3 併	2 本 外 4 家 外	8 高 外 1
---------	----------------	------------------	-----------------------	----------------------------	------------------

(医科入院外) 平成 年 月分

公費負担者番号①	公費負担医療の受給者番号①
公費負担者番号②	公費負担医療の受給者番号②

保険者番号	10 9 8 7 ()
被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号	

氏名	特記事項
1男 2女 1明 2大 3昭 4平 生	
職務上の事由	1職務上 2下船後3月以内 3通勤災害

保健医療機関の所在地及び名称

(床)

傷病名	(1) 年 月 日	転	治ゆ	死亡	中止	診療実日数	日
	(2) 年 月 日					公費①	日
	(3) 年 月 日					公費②	日

⑪ 初診	時間外・休日・深夜	回	点	公費分点数
⑫ 再診	再診	×	回	
	外来管理加算	×	回	
	時間外	×	回	
	休日	×	回	
	深夜	×	回	
⑬ 医学管理				
⑭ 在宅	往診	×	回	
	夜間	×	回	
	深夜・緊急	×	回	
	在宅患者訪問診療	×	回	
	その他	×	回	
	薬剤	×	回	
⑯ 投薬	⑲ 内服	×	回	
	⑳ 屯服			
	㉑ 外用	×	回	
	㉒ 処方	×	回	
	㉓ 麻毒			
	㉔ 調基			
⑳ 注射	㉕ 皮下筋肉内		回	
	㉖ 静脈内		回	
	㉗ その他		回	
㉘ 処置	薬剤		回	
㉙ 手術麻酔	薬剤		回	
㉚ 検査病理	薬剤		回	
㉛ 画像診断	薬剤		回	
㉜ その他	処方せん		回	
	薬剤		回	

請求点	※決定	一部負担金	円
減額	割(円)免除・支払猶予		円
公費①	※		円
公費②	※	円	※高額療養費 円 ※公費負担点数 点 ※公費負担点数 点