

○診療報酬明細書

(医科入院)

都道府県番号
医療機関コード

1	1 社・国	3 後 期	1 単 独	1 本 入	7 高入
医 科	2 公 費		2 2 併	3 六 入	9 高入
			3 3 併	5 家 入	7

令和 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						給付割合	10 9 8 7 ()
-------	--	--	--	--	--	------	-----------------

被保険者資格に係る 記号・番号	(枝番)
--------------------	------

区分	精神 結核 療養	特記事項
氏名	1男 2女 1明 2大 3昭 4平 5令 . . . 生	
職務上の事由	1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害	

保険医療機関
の所在地及び
名称

傷病名	(1) (2) (3)	診療開始日	(1) 年 月 日 (2) 年 月 日 (3) 年 月 日	転入	治療	死亡	中止	診療実日数	保険公費① 公費②	日 日 日
-----	-------------------	-------	-------------------------------------	----	----	----	----	-------	--------------	-------------

1 1	初 診	時間外・休日・深夜	回	点	公費点分数
1 3	医学管理				
1 4	在宅				
2 0	投 薬	2 1 内 服 2 2 屯 服 2 3 外 用 2 4 調 剤 2 6 麻 毒 2 7 調 基	単位 単位 単位 日 日		
3 0	注 射	3 1 皮 下 筋 肉 内 3 2 静 脈 内 3 3 そ の 他	回 回 回		
4 0	処 置	薬 剤	回		
5 0	手 術 酔	薬 剤	回		
6 0	検 病 査 理	薬 剤	回		
7 0	画 診 像 断	薬 剤	回		
8 0	そ の 他	薬 剤			
9 0	入 院	入院年月日 年 月 日 病 診 90 入院基本料・加算 点 × 日間 × 日間 × 日間 × 日間 92 特定入院料・その他			

※高額療養費	円	※公費負担点数	点
9 7 基準	円× 回	※公費負担点数	点
食事・生活	円× 回	基準(生)	円× 回
環境	円× 日	特別(生)	円× 回
	円× 日	減・免・猶・Ⅰ・Ⅱ・3月起	

療養の給付	請求点	※決定点	負担金額 円	療養の給付	請求点	※決定点	(標準負担額) 円
公費①	点	※	減額 割(円)免除・支払猶予 円	公費①	円	※	円
公費②	点	※	円	公費②	円	※	円

備考 1. この用紙は、A列4番とすること。
2. ※印の欄は、記入しないこと。