

○ 診療報酬明細書
(医科入院外)

都道府県 医療機関コード
県番号

1	1 社・国	3 後期	1 単独	2 本外	8 高外1
2	2 公費		2 2 併	4 六外	
			3 3 併	6 家外	0 高外7
				給付割合	10 9 8
					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	被保険者資格に係る記号・番号	(枝番)
-------	----------------	------

氏名	特記事項
1男 2女 1明 2大 3昭 4平 5令 . . . 生	保険医療機関の所在地及び名称
職務上の事由	1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害

傷病名	(1)	(2)	(3)	診療開始日	年 月 日	転	治癒	死亡	中止	診療日数	保険公費① 公費②	日
-----	-----	-----	-----	-------	-------	---	----	----	----	------	--------------	---

1 1	初診	時間外・休日・深夜	回	点	公費分点数
1 2	再診	外来管理加算	×	回	
再診	時間外	休日	×	回	
深	夜		×	回	
1 3	医学管理				
1 4	往診		回		
在	夜間		回		
宅	深夜・緊急		回		
	在宅患者訪問診療		回		
	その他				
2 0	投薬	薬剤	回		
	21 内服	薬剤	×	回	
	22 屯服	薬剤		回	
	23 外用	薬剤	×	回	
	25 処方	毒基	×	回	
	26 麻			回	
	27 調				
3 0	注射	皮下筋肉内	回		
		静脈内	回		
		その他	回		
4 0	処置	薬剤	回		
5 0	手術	薬剤	回		
6 0	検査	薬剤	回		
7 0	画像	薬剤	回		
8 0	その他	処方箋	回		

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

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。