入　院

自動車損害賠償責任保険

平成　年　月分　**診療報酬明細書**

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	健保関係	労災	自由診療	その他	※傷病起因	業務上	通勤途上	その他
保険者名										

氏名	明・大・昭・平　年生 ※（男・女）　才	受傷日	平成　年　月　日	診療実日数	日
		初診日	平成　年　月　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				
小計				
⑳投薬 ㉑内服	単位			
㉒屯服	単位			
㉓外用	単位			
㉔調剤	× 日			
㉖麻毒	× 日			
㉗調基	× 回			
小計				
㉚注射 ㉛皮下筋肉内	回			
㉜静脈内	回			
㉝その他	回			
小計				
㊵リハビリ処置	回			
薬剤等				
小計				
㊻麻酔手術	回			
薬剤等				
小計				
㊿検査	回			
薬剤等				
小計				
(70)画像診断	回			
フィルム・薬剤等				
小計				
(80)その他				
その他				
小計				
(90)入院 入院年月日	年　月　日			
病診	× 日間			
入院料 外泊	× 日間			
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）				

(97)食事	基準	円×　日間	備考
		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
名称　（　床）
医師名　印
電話

※欄は該当する事項を○で囲んでください。

(99AE5365) 065560

《様式−6》

（保険会社使用欄）

診断書

カルテ番号

傷病者　住所
氏名　男・女　明・大・昭・平　年　月　日生

傷病名	治療開始日	治ゆまたは治ゆ見込日（注1）	
	年　月　日	年　月　日	治ゆ・治ゆ見込
	年　月　日	年　月　日	治ゆ・治ゆ見込
	年　月　日	年　月　日	治ゆ・治ゆ見込
	年　月　日	年　月　日	治ゆ・治ゆ見込

症状の経過・治療の内容および今後の見通し　（受傷日　年　月　日）
（手術のある場合は実施日をご記入下さい）

主たる検査所見

初診時の意識障害	なし・あり（程度　継続期間　日　時間）
既往症および既存障害	なし・あり（注2）（　）
後遺障害の有無について	なし・あり・未定

入院治療	日間 自　年　月　日・至　年　月　日	（診断日）年　月　日
通院治療	日間（内実日数　日） 自　年　月　日・至　年　月　日	治ゆ・継続・転医・中止・死亡
ギプス固定期間	固定　除去　固定具の種類 自　年　月　日・至　年　月　日（　）	
付添看護を要した期間	日間 自　年　月　日・至　年　月　日	理由

（注1）既に治ゆした傷病については治ゆ日を、また、現時点で治療継続中の傷病については治ゆ見込み日をご記入のうえ、該当する事項を○で囲んで下さい。
（注2）当該交通事故による傷害の治療上考慮しなければならない既往症がある場合は（　）内に記載して下さい。また既存障害がある場合も記載して下さい。

（裏面も記入願います）

上記の通り診断致します
（作成日）　年　月　日

所在地
名称　TEL.　（　）
医師氏名　㊞

《様式−5》

(99AF5255) 028960