

○ 診療報酬明細書 令和 年 月分
(医科入院外)

区分	精神 結核 療養	特記事項	給付割合	1098 7()
氏名	1男 2女 3昭 4平 5令 . . 生		被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号	
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)	診療開始日	(1) 年 月 日	転	治ゆ	死亡	中止	診療実日数	
	(2)		(2) 年 月 日						
	(3)		(3) 年 月 日	帰					日

11	初診	時間外・休日・深夜	回	点
12	再診		×	回
	外来管理加算		×	回
再診	時間外		×	回
	休日		×	回
	深夜		×	回
13	医学管理			
14	往診			回
	夜間			回
在宅	深夜・緊急			回
	在宅患者訪問診療			回
	その他			
	薬			
20	21 内服薬	剤	×	単位
	22 屯服薬	剤		単位
	23 外用薬	剤	×	回
	25 処方	方	×	回
薬	26 麻毒	毒		回
	27 調基	基		
30	31 皮下筋肉内			回
注射	32 静脈内			回
	33 その他			回
40	処方			回
	薬			
50	手麻酔			回
	薬			
60	検査			回
	薬			
70	画像診断			回
	薬			
80	処方せん			回
その他	薬			
療養の給付	保険	請求点	1点あたり	負担金額 円

上記のとおり診療いたしました。 令和 年 月 日

所在地
 保険医療機関 名称
 医師名
 TEL () -

【注意事項】 医療機関発行のレセプト(写)を提出していただける場合は本紙への記入は不要です。

本紙に記載された個人情報、別途事業主及び健康保険組合より公表の利用目的の範囲内で活用されます。