

○ 診療報酬明細書 令和 年 月分
(医科入院)

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	
13	医学管理				
14	在宅				
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		
30 注 射	31	皮下筋肉内	回		
	32	静脈内	回		
	33	その他	回		
40	処置		回		
50 手 麻 酔	薬	剤		回	
60 検 査	薬	剤		回	
70 画 診 像 断	薬	剤		回	
80 そ の 他	薬	剤			
90 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		
		92 特定入院料・その他			
97 食 事 ・ 生 活 環 境	基準	円×	回		
	特別	円×	回		
	食堂	円×	日		
	環境	円×	日		
		基準(生)	円×	回	
		特別(生)	円×	回	

療養の給付	保	請	求	点	1点あたり	負担金額	円	食生活療養	保	回	請	求	円	(標準負担額)	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は、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。