

診療報酬明細書

(医科入院外)

都道府 医療機関コード
 県番号

平成 年 月 日 13

1	1	3	1	2	2	8
医科	社・国	後期	単	独	本	外
	公費	退職	2	3	6	0
			3	3	家	外
					外	外
					給付割合	10987

様式第二(二) (第二条関係)

公費負担者① 公担番号		公費負担者② 公担番号	
公費負担者① 公担番号		公費負担者② 公担番号	

保険者番号	
被保険者証・被保険者 手帳等の記号・番号	

氏名	1男 2女 1明 2大 3昭 4平 . . . 生	特記事項	
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 () 床)

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	治癒	死亡	中止	保険公費① 診療日数	日
-----	-------------------	-------	-------------------------------------	----	----	----	----	---------------	---

⑪ 初診	時間外・休日・深夜	回	点	公費点数
⑫ 再診	外来管理加算	×	回	
	時間外	×	回	
	休日	×	回	
	深夜	×	回	
⑬ 医学管理				
⑭ 在宅	往診 夜間 深夜・緊急 在宅患者訪問診療 その他 薬剤		回	
⑮ 投薬	⑲ 内服薬剤 ⑳ 屯服薬剤 ㉑ 外用薬剤 ㉒ 処方 ㉓ 麻毒基	×	回	
⑯ 注射	㉔ 皮下筋肉内 ㉕ 静脈内 ㉖ その他		回	
⑰ 処置	薬剤		回	
⑱ 麻酔	薬剤		回	
⑲ 病理解	薬剤		回	
㉑ 画像断	薬剤		回	
㉒ その他	処方せん 薬剤		回	

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

※印欄は記入しないで下さい。 20・5改正