

診療費請求明細書（病院・診療所用）

傷病名			1	年	月	日	診療期間	年	月	日から	診療実日数	日
			2	年	月	日		年	月	日まで		
			3	年	月	日						
診療の内容：点数によるもの（ <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所）			点数（点）	※ 審査		転 帰		<input type="checkbox"/> 治ゆ <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 転医				
初診	時間外・休日・深夜		回			診療の内容（基金基準）		※ 審査				
再診	再診・外来診療料		× 回			初 診 料		円		円		
	外来管理加算		× 回			再 診 料		× 回				
	時 間 外		× 回			再診時療養指導管理料		× 回				
	休 日		× 回			そ の 他						
	深 夜		× 回			計						
指導						摘 要						
在宅												
投薬	内服薬 薬剤 単位調剤		× 回	単位								
	屯服 薬剤		× 回	単位								
	外用薬 薬剤 単位調剤		× 回	単位								
	処方 麻毒調基		× 回	単位								
注射	薬剤											
処置	薬剤											
手術麻酔	薬剤											
検査	薬剤					治療用装具必要の有無		治療用装具の種類				
画像診断	薬剤					<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						
その他	薬剤		回			食 事 療 養						
	処方せん					基 I	<input type="checkbox"/> (1) <input type="checkbox"/> 特別食	回		円		
入院	入院年月日		年	月	日	基 II	<input type="checkbox"/> (1) <input type="checkbox"/> 特別食	回				
	入院基本料・加算					食 堂 加 算		日				
院	入院時室料加算関係											
	室料種類	<input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 二人 <input type="checkbox"/> 三人 <input type="checkbox"/> 四人	期間	年	月	日から	年	月	日まで	日間		
	收容理由		請求額	円		※		円				
	健康保険等受給関係						支給額		円			
合 計						受給の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保険の名称			負担額	円
ア 診療報酬点数表により計算できるもの			(合計点数) (1点単価)		点 × 円 銭 =		円		※			
イ 診療報酬点数表により計算できないもの			(文書料、治療用装具、入院時室料加算等)		円		※		円			
診療費請求合計額（ア+イ）			円		※		円					
上記の事項は事実と相違ないことを証明します。			年	月	日	医療機関の		所在地		名称		
									医師の氏名			

[注意事項]

- ※印の欄には記入しないこと。また、該当する□にレ印を記入すること。
- 「イ 診療報酬点数表により計算できないもの」の欄には、金額及び明細（文書料、治療用装具等）を記入すること。
- この様式中、療養内容の詳細については、この様式への記入に代えて、同様事項を記載した診療報酬明細書を添付してもよいこと。なお、その場合であっても、この様式の提出は必須であること。
- 消防組織法等に基づく療養に要する費用（診療費、文書料、治療材料費等）は、消費税が非課税であること（消費税法施行令第14条第20号）。