

診療費請求明細書(病院・診療所用)

傷病名 1 2 3	診療開始日 2年 月 日	氏名 1年 月 日 2年 月 日 3年 月 日	診療期間	年月日から 年月日まで	診療実日数	日	
診療の内訳 (□病院 □診療所)		※審査					
初診	時間外・休日・深夜	回	点	診療の内容(基金基準)			※審査
再診	再診	×	回	初診料	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			
	診深夜	×	回	計			
指導	摘 要						
在宅	往診		回	治療用装具を必要と認めたことの有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 治療用装具の種類 付添看護関係 看護の種類 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 看護補助者 <input type="checkbox"/> 普通看護 <input type="checkbox"/> 泊込看護 左記の看護を必要とした理由 期間及び看護形態 年月日から 年月日まで 間のうち <input type="checkbox"/> 1人付看護 <input type="checkbox"/> 2人付看護 <input type="checkbox"/> 3人付看護 入院時室料加算関係 室料の種類 <input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 二人部屋 期間 年月日から 年月日まで 日間 収容した理由 請求額 円 × 日 = 円 ※ 健康保険等他の法令による受給関係 受給の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 保険の名称 支給される額 円 一部負担金 円			
	夜間		回				
	深夜・緊急		回				
	在宅患者訪問診療		回				
	その他		回				
投薬	内服	薬剤	単位				
		調剤	×				回
	屯服	薬剤	単位				
	外用	薬剤	単位				
		調剤	×				回
	処方		×	回			
	麻毒			回			
	調基			回			
注射	皮下筋肉内		回				
	静脈内		回				
	その他		回				
処置	薬剤		回				
手術			回				
麻酔	薬剤		回				
検査	薬剤		回				
画像			回				
診断	薬剤		回				
その他	処方せん		回				
	薬剤		回				
入院	入院年月日	年 月 日	点				
	□病院	入院料(入院環境料・看護料・給食料)					
	□診療所						
	□基食	食有	×	日間			
	□普食	食無	×	日間			
	□衣	特食	×	日間			
	その他	入院時医学管理料					
		×	日間				
		×	日間				
		×	日間				
		特定入院料					
合 計							
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 ※					
診療費請求合計額(ア+イ)		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。
- この診療費請求明細書の記入に代えて、同様事項を記載した医師の証明書(診療報酬明細書)を添付してもよいこと。
- 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)では、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)。