

診療報酬明細書 (入院)

保険証の記号・番号		—		事業所の名称			
患者氏名				性別	男・女	生年月日	年 月 日
傷病名							
診療期間		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				日数	日間
診療の内容		単価	金額(円)	薬名・用量・フィルムの大きさ等を明確に記入のこと			
初診		回					
指導							
在宅							
投薬	内服	単					
	外用	単					
注射	皮下	回					
	静脈	回					
処置	処置	回					
	手術・麻酔	回					
検査	検査	回					
	検査	回					
画像診断	画像診断	回					
	画像診断	回					
その他	その他	回					
	その他	回					
入院	入院年月日 年 月 日						
	入院基本料・加算						
	×	日					
	×	日					
	×	日					
入院時医学管理料							
×	日						
×	日						
×	日						
特入・その他							
					食事療養	日	請求
							円
							標準負担額
							円
合計	総医療費		円				円
担当医師の証明	上記のとおり証明します。所在地						
	令和 年 月 日 名称						
	氏名						
	TEL ( )						