

【医療機関の方へ】

1. 薬剤名・検査名等は詳細な内訳を必ず記入してください。
2. 記入漏れのある場合、お問い合わせをさせて頂く場合がありますので、予めご了承ください。
3. 月毎に起票してください。

診療報酬明細書 (外来)

令和 年 月分

氏名	1男 2女 3昭 4平 5令 . . 生		保険医療機関の所在地及び名称			
傷病名	(1) (2) (3)	診療開始日	(1) 年 月 日 (2) 年 月 日 (3) 年 月 日	転 帰	治ゆ 死亡 中止	診療実日数 日
11	初診	時間外・休日・深夜	回	点	薬剤名・検査名等は詳細な内訳を記入してください	
12	再診	再診 外来管理加算 時間外 休日 深夜	× × × ×	回 回 回 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 回 回 回		
20	投薬	21 内服薬剤 調剤 22 屯服薬剤 23 外用薬剤 調剤 25 処方 26 麻毒 27 調基	× ×	単位 回 単位 回 回 回		
30	注射	31 皮下筋肉内 32 静脈内 33 その他		回 回 回		
40	処置	薬剤		回		
50	手麻酔	薬剤		回		
60	検病理	薬剤		回		
70	画像診断	薬剤		回		
80	その他	処方箋 薬剤		回		
療養の給付	総点数 点	左記の通り診療(領収)いたしました。 令和 年 月 日				
	請求兼領収額 円	医療機関名称 所在地 医師の氏名 電話番号				

【医療機関の方へ】

1. 薬剤名・検査名等は詳細な内訳を必ず記入してください。
2. 記入漏れのある場合、お問い合わせをさせていただくことがありますので、予めご了承ください。
3. 月毎に起票してください。

調剤報酬明細書

令和 年 月分

氏名	1男 2女 3昭 4平 5令 . . 生		保険薬局の所在地及び名称					
処方元 保険医療機関 の所在地及び 名称	医療機関コード	保険医氏名	1 2 3 4 5	6 7 8 9 10	受付回数	回		
医師番号	処方月日	調剤月日	処方		調剤数量	調剤報酬点数		
			医薬品名・規格・用量・剤形・用法	単位薬剤料		調剤料	薬剤料	加算料
	.	.		点		点	点	点
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
摘要						調剤基本料	点	
						時間外等加算	点	
						薬学管理料	点	
療養の給付	総点数		左記の通り調剤(領収)いたしました。 令和 年 月 日					
	請求兼領収額		調剤薬局名 所在地 責任者名 電話番号					
	点							
	円							

【医療機関の方へ】

1. 薬剤名・検査名等は詳細な内訳を必ず記入してください。
2. 記入漏れのある場合、お問い合わせをさせていただく場合がありますので、予めご了承ください。
3. 月毎に起票してください。

診療報酬明細書 (入院)

令和 年 月分

区分	精神 結核 療養		保険医療機関の所在地及び名称	
氏名	1男 2女 3昭 4平 5令 生			
傷病名	(1) (2) (3)	診療開始日	(1) 年 月 日 (2) 年 月 日 (3) 年 月 日	転帰 治癒 死亡 中止 診療実日数 日
11 初診	時間外・休日・深夜	回	点	薬剤名・検査名等は詳細な内訳を記入してください
13 医学管理				
14 在宅				
20 投薬	21 内服 22 屯服 23 外用 24 調剤 26 麻毒 27 調基	単位 単位 単位 日 日		
30 注射	31 皮下 32 静脈 33 その他	回 回 回		
40 処置	薬 剤	回		
50 手麻酔	薬 剤	回		
60 検病査理	薬 剤	回		
70 画像診断	薬 剤			
80 その他				
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 × 日間 × 日間		
92 特定入院料・その他	97 基準 食事・生活	円× 円× 円× 円×	回 回 日 日	
		基準(生) 特別(生)	円× 円×	
療養の給付	総点数 請求兼領収額	点 円	左記の通り診療(領収)いたしました。 令和 年 月 日 医療機関名称 所在地 医師の氏名 電話番号	