

*10 診療費請求明細				(職員氏名)			
傷病名	ア イ ウ	診療 開始日	ア イ ウ	年 年 年	月 月 月	日 日 日	日 日 日
初診	時間外・休日・深夜	回					日 から まで
再診	再診	×					診療 実日数
	外来診療料	×					
	継続管理加算	×					
	外来管理加算	×					
	時間外	×					
	休日 深夜	×					
指導							月 日
在宅	往診 夜診 深夜・緊急	回					中止
	在宅患者訪問診察	回					死亡
	その他	回					
投薬	内服	薬調剤	×	単位			
	屯服	薬調剤	×	単位			
		薬調剤	×	単位			
	外用	薬調剤	×	単位			
処置	処方	×	回				
	麻毒調基		回				
注射	皮下	筋内	回				
	静脈	内他	回				
処置	薬	剤	回				
手術・麻酔	薬	剤	回				
検査	薬	剤	回				
画像診断	薬	剤	回				
その他							
入院	入院年月日	年	月	日			
	病・診・衣	入院基本料・加算	×	日間			
			×	日間			
			×	日間			
			×	日間			
	特定入院料・その他				食	標準	円 × 日間
							円 × 日間
							円 × 日間
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		円	×	円
診療報酬点数表により計算できないもの	診断書料・入院室料差額等				円		円
診療費請求合計額					円		円
<p>上記の事項は事実と相違ないことを証明します。 (この欄の記入は、診療に当たった医療機関に療養補償の費用の受領を委任する場合は不要です。)</p> <p>年 月 日 診療機関の { 名称 所在地 医師の氏名</p>							

※ 網掛け部分は病院、診療所に記載していただく部分です。

※ 診療費請求明細(様式第6号の2号紙)は、診療報酬明細書(レセプト)の添付に代えることができます。

※ 本人請求の場合は、診療費請求明細(様式第6号の2号紙)の代わりに領収書及び明細書(いずれも原本)を添付してください。