

事務連絡(保37)
平成19年5月31日

都道府県医師会
自賠責保険担当理事 殿

日本医師会常任理事
石井正三

自動車損害賠償責任保険・共済
診療報酬明細書・診療内容内訳書の様式改正について

平素より、日本医師会会務および交通事故診療に関して格段のご理解とご協力を賜わり、厚く御礼申し上げます。

今般、自動車損害賠償責任保険・共済に関する「診療報酬明細書・診療内容内訳書」の様式の改正が行われましたのでご連絡申し上げます。

今回の改正は、平成10年に改正された『基準案(自賠責新基準)実施地区用の入院・入院外』および平成11年に改正された『基準案(自賠責新基準)以外の場合の入院・入院外』の様式について見直されたものであり、その主な変更点は下記のとおりであります。

これらの様式は、特に期限を定めて切り替えを行うことはなく、平成19年4月診療分より各損害保険会社等の在庫状況等から順次切り替えて使用されるものであります。

つきましては、これらの内容について、関係会員への周知方ご高配賜わりますようお願い申し上げます。

記

【主な変更点】

- (1) 基準案実施地区用・基準案以外用(入院・入院外)の変更点
 - ① 『指導』欄を『医学管理』欄に変更
 - ② リハビリテーションの記載を『処置』欄から『その他』欄に移行
 - ③ 診療項目番号の丸数字の使用を取り止め
 - ④ 診療報酬明細書に『受付印』欄を設置
- (2) 基準案実施地区用・基準案以外用(入院)の変更点
 - ① 『入院時医学管理』欄の廃止
 - ② 『食事』欄の記載方法を変更
- (3) 基準案実施地区用(入院・入院外)の変更点
 - ① 記載しない項目への「網掛け」表示を「アスタリスク(*)」表示に変更
 - ② 文字・罫線の印刷を「白地に薄青色」から「白地に黒色」に変更

<添付資料>

自動車損害賠償責任保険・共済 診療報酬明細書・診療内容内訳書(平成19年4月改訂版)
[基準案実施地区用・基準案以外用(入院用・入院外用)計4種類]

自動車損害賠償責任保険・共済
診療報酬明細書・診療内容内訳書

入院外用

(基準案実施地区用)

平成19年4月改訂版

自賠責保険・共済 診療報酬明細書 記載要項

この様式は、労災基準準拠用に作成したもので、労災点数・料金に基づく算定に対応できるようになっています。

1. 診療行為のうち、労災診療費の算定方法が点数で定められているものについては「点数」欄に、金額で定められているものについては「金額」欄に記入してください。
2. 「点数」欄には、点数を技術(左側)と薬剤等(右側)に分け、それぞれの診療項目ごとの合計点数を記入してください。
3. 「点数」欄の「10診察」・「20投薬」・「30注射」については、技術・薬剤等別に当該項目の点数を合算し、「小計」欄に点数を記入してください。
4. 「金額」欄には、それぞれの診療項目ごとの合計金額を記入してください。
5. 「摘要」欄に内訳を記載するに当たっては、診療項目ごとの番号を付して対応関係が明らかになるような形で記載してください。
6. 「点数」欄の技術については「10～80点数計」欄の㊶にそれぞれの項目の合計点数を記入し、「A」欄にその単価、所定の加算率を乗じた金額を記入してください。
7. 「点数」欄の薬剤等については「10～80点数計」欄の㊷にそれぞれの項目の合計点数を記入し、「B」欄にその単価を乗じた金額を記入してください。
8. 「金額」欄の「10診察」についてはそれぞれの欄に金額を記入のうえ㊸にその合計金額を記入し、「C」欄に所定の加算率を乗じた金額を記入してください。
9. 「金額」欄の「80その他」、診断書料、明細書料については、それぞれ所定の欄(㊹・㊺・㊻)に金額を記入し、「D」欄にその合計金額を記入してください。
10. 原則的には、各項目の記載方法は労災診療費請求内訳書の記載方法と同様ですが、特に留意すべき点は次のとおりです。

(点数欄)

・「11初診」欄

初診時において時間外等加算又は乳幼児加算を算定した場合は、該当する文字を○で囲んだうえ、その点数を記入してください。

・「12再診」欄

労災保険における外来管理加算の特例取扱いによる点数の請求は外来管理加算の項に記入することとし、特例取扱いによらない外来管理加算と区別するため、その回数を「摘要」欄に「㊼52×何回」と記入してください。

・「80その他」欄

リハビリテーション料を算定した場合は、「80その他」欄に記入してください。

(金額欄)

・「指導管理」欄

再診時療養指導管理料及び再就労療養指導管理料を算定した場合は、その回数と合計金額を記入してください。

なお、再診時療養指導管理料を算定した場合は「摘要」欄に指導内容を記入してください。

J 9 A 2

平成

年

月分

自動車損害賠償責任保険・共済

診療報酬明細書

(入院外)

この診療報酬明細書は自動車損害賠償責任保険・共済の処理に必要といたしますので、この用紙を使用し診療内容を詳細にご記入願います。

氏名	※ 明・大・昭・平 年生		受傷日	平成 年 月 日	診療実日数																												
	男・女 才		初診日	平成 年 月 日																													
傷病名				診療	自平成 年 月 日	※ 転 帰																											
				期間	至平成 年 月 日		治 癒 ゆ	継 続 続	転 医 医	中 止 止	死 亡 亡																						
診療内容		点数		診療内容	金額	摘要																											
		技術	薬剤等																														
10 診察	11 初診	時間外・休日・深夜・乳幼児※	点	*****	点	11 初診	円																										
	12 再診	外来管理加算	回	*****			12 再診		円																								
		時間外	回	*****			指導管理		円																								
		休日	回	*****			救急医療管理加算		円																								
		深夜	回	*****			10小計		円																								
	13 医学管理			*****			80 その他		円																								
	その他			*****			診断書料		円																								
	10小計			*****			明細書料		円																								
	21 内服 薬剤		単位	*****			摘要																										
	20 投薬	調剤	× 回	*****																													
22 屯服 薬剤		単位	*****																														
23 外用 薬剤		単位	*****																														
調剤		× 回	*****																														
25 処方		× 回	*****																														
26 麻毒		回	*****																														
27 調基		回	*****																														
20小計			*****																														
30 注射	31 皮下筋肉内	回	*****																														
	32 静脈内	回	*****																														
	33 その他	回	*****																														
	薬剤等		*****																														
30小計			*****																														
40 処置	薬剤等	回	*****																														
50 手麻酔	薬剤等	回	*****																														
60 検査	薬剤等	回	*****																														
70 画像診断	フィルム・薬剤等	回	*****																														
80 その他	処方せん リハビリテーション等 薬剤等	回	*****																														
10 ~ 80 点数計			①	点	②	点																											
請求額の計算	A (① × 単位 × 1.)		B (② × 単価)		C (③ × 1.)		D (④ + ⑤ + ⑥)		合計 (A + B + C + D)																								
	円		円		円		円		円																								
通院日に○印をつけてください。	月 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	日
	月 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	日

上記金額を 殿
 (に請求・から受領) 済であることを証明いたします。
 (請求または受領のいずれかを抹消し消印してください。)
 平成 年 月 日
 所在地
 名称 (床)
 医師名 印
 電話

受付印	受付印
-----	-----

※欄は該当する事項を○で囲んでください。

診 療 内 容 内 訳 書

氏 名		
	摘 要	摘 要

自動車損害賠償責任保険・共済
診療報酬明細書・診療内容内訳書

入院用

(基準案実施地区用)

平成19年4月改訂版

自賠責保険・共済 診療報酬明細書 記載要項

この様式は、労災基準準拠用に作成したもので、労災点数・料金に基づく算定に対応できるようになっています。

1. 診療行為のうち、労災診療費の算定方法が点数で定められているものについては「点数」欄に、金額で定められているものについては「金額」欄に記入してください。
2. 「点数」欄には、点数を技術(左側)と薬剤等(右側)に分け、それぞれの診療項目ごとの合計点数を記入してください。
3. 「点数」欄の「10診察」・「20投薬」・「90入院」については、技術・薬剤等別に当該項目の点数を合算し、「小計」欄に点数を記入してください。
4. 「金額」欄には、それぞれの診療項目ごとの合計金額を記入してください。
5. 「摘要」欄に内訳を記載するに当たっては、診療項目ごとの番号を付して対応関係が明らかになるような形で記載してください。
6. 「点数」欄の技術については「10～90点数計」欄の④にそれぞれの項目の合計点数を記入し、「A」欄にその単価、所定の加算率を乗じた金額を記入してください。
7. 「点数」欄の薬剤等については「10～90点数計」欄の⑤にそれぞれの項目の合計点数を記入し、「B」欄にその単価を乗じた金額を記入してください。
8. 「金額」欄の「10診察」についてはそれぞれの欄に金額を記入のうえ⑥にその合計金額を記入し、「C」欄に所定の加算率を乗じた金額を記入してください。
9. 「金額」欄の「80その他」については、それぞれ所定の欄に金額を記入のうえ⑦に合計金額を記入し、「97食事」、診断書料、明細書料については、それぞれ所定の欄(⑧・⑨・⑩)に記入してください。さらに、「D」欄に⑦・⑧・⑨・⑩の合計金額を記入してください。
10. 原則的には、各項目の記載方法は労災診療費請求内訳書の記載方法と同様ですが、特に留意すべき点は次のとおりです。
 - ・「11初診」欄
初診時において時間外等加算又は乳幼児加算を算定した場合は、該当する文字を○で囲んだうえ、その点数を記入してください。
 - ・「80その他」欄
リハビリテーション料を算定した場合は、「80その他」欄に記入してください。
 - ・「入院室料加算」欄
個室・2～4人部屋の別および算定日数を明記のうえ、合計金額を記入してください。

この診療報酬明細書は自動車損害賠償責任保険・共済の処理上必要といたしますので、この用紙を使用し診療内容をご記入願います。

氏名	※ 明・大・昭・平 年生		受傷日	平成 年 月 日	診療実日数			
	男・女 才		初診日	平成 年 月 日				
傷病名	診療期間			自平成 年 月 日	※ 転帰 治癒 継続 転医 中止 死亡			
				至平成 年 月 日				
診療内容		点数		診療内容	金額	摘要		
		技術	薬剤等					
10 診察	11 初診 時間外・休日・深夜・乳幼児※	点	*****	10 11 初診	円			
	13 医学管理		*****	診 救急医療管理加算	円			
	10 小計		*****	診 10 小計	円			
20 投薬	21 内服 単位	*****		80 入院室料加算	円			
	22 屯服 単位	*****		そ 人部屋× 日間				
	23 外用 単位	*****		の	円			
	24 調剤 × 日	*****		他	円			
	26 麻毒 日	*****		80 小計	円			
	27 調基 × 回	*****		97 基準	円× 回			
	20 小計	*****		食	円× 回			
30 注射	薬剤等 回	*****		事	円× 日			
	40 処置	薬剤等 回	*****	97 小計	円			
50 手術	手麻酔 薬剤等 回	*****		診断書料	通 円			
60 検査	薬剤等 回	*****		明細書料	通 円			
70 画像	断フィルム・薬剤等 回	*****		摘要				
80 その他	リハビリテーション等 薬剤等 回	*****						
90 入院	入院年月日 年 月 日	*****						
	病診衣 入院基本料・加算 × 日間	*****						
	特 入の × 日間	*****						
	・他 × 日間	*****						
	90 小計	*****						
10 ~ 90 点数計		①	点②					
請求額の計算	A (①×単価×1.)	B (②×単価)	C (③×1.)			D (④+⑤+⑥+⑦)	合計 (A+B+C+D)	円

上記金額を 殿
 (に請求・から受領)済であることを証明いたします。
 (請求または受領のいずれかを抹消し消印してください。)
 平成 年 月 日
 所在地 (床)
 名称 印
 医師名
 電話

受付印	受付印
-----	-----

※欄は該当する事項を○で囲んでください。

診 療 内 容 内 訳 書

氏 名		
	摘 要	摘 要

自動車損害賠償責任保険・共済
診療報酬明細書・診療内容内訳書

入院用

平成19年4月改訂版

この診療報酬明細書は自動車損害賠償責任保険・共済の処理上必要といたしますので、この用紙を使用し診療内容をご記入願います。

被保険者証の記号・番号				※診療の種類	健保関係	労災	自由診療	その他	※傷病起因	業務上	通勤途上	その他
保険者名				受傷日		平成 年 月 日		診療実日数				
氏名	※明・大・昭・平 男・女			初診日		平成 年 月 日		日				
傷病名	、			診療期間		自平成 年 月 日 至平成 年 月 日		※転帰 治癒 継続 転医 中止 死亡				
診療内容				点数	金額		摘要					
10	11	初診	時間外・休日・深夜・乳幼児※	点	円							
	13	医学管理										
小計												
20	21	内服	単位									
	22	屯服	単位									
	23	外用	単位									
	24	調剤	日									
	26	麻毒	回									
	27	調基	回									
小計												
30	31	皮下筋肉内	回									
	32	静脈内	回									
	33	その他	回									
小計												
40	処置			回								
小計												
50	手麻酔			回								
小計												
60	検査			回								
小計												
70	画像診断			回								
小計												
80	リハビリテーション等											
	その他	薬剤等										
小計												
90	入院年月日		年 月 日									
入院	病診	×	日間									
	入院基本料・加算	×	日間									
		×	日間									
		×	日間									
院	特入・その他	×	日間									
		×	日間									
小計												
合計 (1点単価 円)												
				97	基準	円× 回	備考	円× 回				
					食事・生活	円× 回	基準(生)	円× 回				
					小計	円× 回		円× 回				
					社会保険への請求額			円				
					患者負担割合 (%)			円				
					食事・生活療養標準負担額	回		円				
					小計			円				
					診断書料	通		円				
					明細書料	通		円				
					室料差額 (人部屋) ×	日間		円				
					その他			円				
					小計			円				
					総請求額			円				

上記金額を (に請求・から受領) 済であることを証明いたします。
(請求または受領のいずれかを抹消し消印してください。)

平成 年 月 日
所在地 (床)
名称 印
医師名
電話

受付印	受付印
-----	-----

※欄は該当する事項を○で囲んでください。

診 療 内 容 内 訳 書

氏 名		
	摘 要	摘 要

自動車損害賠償責任保険・共済
診療報酬明細書・診療内容内訳書

入院外用

平成19年4月改訂版

この診療報酬明細書は自動車損害賠償責任保険・共済の処理上必要といたしますので、この用紙を使用し診療内容を詳細にご記入願います。

被保険者証の記号・番号					※診療の 種類	健保 関係	労 災	自由 診療	その 他	※傷病 起因	業務 上	通勤 途上	その 他																					
保険者名																																		
氏名	※明・大・昭・平 男・女 年生才				受傷日	平成 年 月 日				診療実日数																								
					初診日	平成 年 月 日																												
傷病名					診療期間	自平成 年 月 日 至平成 年 月 日				※転帰 治ゆ 継続 転医 中止 死亡																								
診療内容					点数	金額		摘要																										
10 診察	11 初診	時間外・休日・深夜・乳幼児※		点	円																													
		再診	×	回																														
	12 外来管理加算		×	回																														
		時間外	×	回																														
		休日	×	回																														
		深夜	×	回																														
	13 医学管理																																	
		その他																																
		小計																																
	20 投薬	21 内服	薬剤		単位																													
		調剤	×	回																														
22 屯服		薬剤		単位																														
23 外用		薬剤		単位																														
		調剤	×	回																														
25 処方			×	回																														
26 麻毒				回																														
27 調基			回																															
	小計																																	
30 注射	31 皮下筋肉内			回																														
	32 静脈内			回																														
	33 その他			回																														
	小計																																	
40 処置	薬剤等			回																														
	小計																																	
50 手術	薬剤等			回																														
	小計																																	
60 検査	薬剤等			回																														
	小計																																	
70 画像診断	フィルム・薬剤等			回		社会保険への請求額		円			円																							
	小計					患者負担		円			円																							
80 その他	処方せん				回		小計		円			円																						
	ソリハビリテーション等						診断書料		通			円																						
	の薬剤等						明細書料		通			円																						
	小計						その他		円			円																						
合計 (1点単価 円)							小計		円			円																						
							総請求額		円			円																						
通院日に	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	日
○をつけて	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	日
ください。	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	日

上記金額を 殿
 (に請求・から受領)済であることを証明いたします。
 (請求または受領のいずれかを抹消し消印してください。)
 平成 年 月 日

所在地
 名称 (床)
 医師名 印
 電話

受付印	受付印
-----	-----

※欄は該当する事項を○で囲んでください。

診 療 内 容 内 訳 書

氏 名		
	摘 要	摘 要