診療報酬明細書（抄）

療養の給付、老人医療及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令

〔診療報酬明細書　（医科，入院）〕

様式第二（一）（第二条関係）

○ 診療報酬明細書（医科入院）　平成　年　月分

都道府県 医療機関コード 県番号

1 医科	1社・国 2公費	3老人 4退職	1 単独 2 併 3 併	1本人 3三入 5家入	7高入9 9高入8

市町村番号		老人医療の受給者番号		保険者番号	給付割合 10 9 8 7（ ）
公費負担者番号①		公費負担医療の受給者番号①		被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号	
公費負担者番号②		公費負担医療の受給者番号②			

区分	被扶 被扶 特例 老人 食点 療養 被合 被療	特記事項
氏名	1男 2女 1明 2大 3昭 4平 ・ ・ 生	
職務上の事由	1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害	

保険医療機関の所在地及び名、称

傷病名		診療開始日		転帰	治ゆ・死亡・中止	保険 公費① 公費② 実日数
	(1)	(1) 年 月 日				日
	(2)	(2) 年 月 日				日
	(3)	(3) 年 月 日				日

				公費分点数
⑪ 初診	時間外・休日・深夜	回	点	
⑤ 往診				
⑭ 在宅				
㉑ 投薬 ㉑内服		剤		
㉒屯服		剤		
㉓外用		剤		
㉔調剤		日		
㉕麻毒		日		
㉖調基				
㉗ 注射 ㉗皮下筋内内		回		
㉘静脈内		回		
㉙その他		回		
㉚処置	薬剤	回		
㉛手術	薬剤	回		
㉜検査	薬剤	回		
㉝画像	薬剤	回		
㉞その他	薬剤			
㉟ 入院	入院年月日 年 月 日			
病診	㊱ 入院基本料・加算		点	
	×	日間		
	×	日間		
	×	日間		
	×	日間		
	×	日間		
	㊲ 特定入院料・その他			

※負担金総額	円	※公費負担額	点
㊳食事 基準	円× 回	※公費負担点数	点
	円× 回		
	円× 回	給・免・減・1・2・3月間	

保険	請求 点	査決定 点	負担金額 円	保険	日	請求 円	査決定 円	（療養外負担額） 円
公費①	点	査 点	円	公費①	日	円	査 円	円
公費②	点	査 点	円	公費②	日	円	査 円	円

備考　1．この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。
　　2．※印の欄は、記入しないこと。

SAMPLE

〔診療報酬明細書　（医科，入院外）〕

様式第二（二）（第二条関係）

○ 診療報酬明細書
（医科入院外）

都道府県 医療機関コード
保番号

平成　年　月分

1 医科	1社・国 2公費	3老人 4退職	1 2 3	単独 併併	2本外 4三外 6家外	8高外9 0高外8

市町村番号					老人医療の受給者番号						
公費負担者番号①					公費負担医療の受給者番号①						
公費負担者番号②					公費負担医療の受給者番号②						

保険者番号								保険番号	10 9 8 7 ( )

被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号

氏名	1男 2女 1明 2大 3昭 4平　・　・　生	特記事項	
職業上の事由	1職業上 2下船後3月以内 3通勤災害		

保険医療機関の所在地及び名称　（　　床）

傷病名	(1)	診療開始日	(1) 年 月 日	転帰	治ゆ	死亡	中止
	(2)		(2) 年 月 日				
	(3)		(3) 年 月 日				

診療実日数	
保険	日
公費①	日
公費②	日

					点	公費分点数
⑪ 初診		時間外・休日・深夜		回		
⑫ 再診	再診		×	回		
	外来管理加算		×	回		
	時間外		×	回		
	休日		×	回		
	深夜		×	回		
⑬ 指導						
⑭ 在宅	往診			回		
	夜間			回		
	深夜・緊急			回		
	在宅患者訪問診療			回		
	その他					
	薬剤					
⑮ 投薬	㊶内服	薬剤		剤		
		調剤	×	回		
	㊷屯服	薬剤		剤		
	㊸外用	薬剤		剤		
		調剤	×	回		
	㊹処方		×	回		
	㊺麻毒			回		
	㊻調基					
⑯ 注射	㊼皮下筋内内			回		
	㊽静脈内			回		
	㊾その他			回		
⑰ 処置				回		
	薬剤					
⑱ 手術				回		
	薬剤					
⑲ 検査				回		
	薬剤					
⑳ 画像診断				回		
	薬剤					
㉑ その他	処方せん			回		
	薬剤					

保険	請求 点	査決定 点	一部負担金額 円		
			減額 割(円)免除・支払猶予		
公費①	点	※ 点	円		
公費②	点	※ 点	円	※ 高額療養費 円	※公費負担点数 点 ※公費負担点数 点

SAMPLE

備考　1．この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。
　　2．※印の欄は、記入しないこと。

〔診療報酬明細書　（歯科）〕

様式第三（第二条関係）

診療報酬明細書
（歯科）

都道府県番号　医療機関コード

平成　年　月分

3 歯科	1社・国 2公費	3老人 4退職	1 単独 2 2併 3 3併	2本外 4三外 6家外	8高外9 0高外8

市町村番号　老人医療受給者番号　公費負担者番号　公費負担医療の受給者番号

保険者番号　給付割合　10 9 8 7（　）

被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号

氏名　1男 2女 1明 2大 3昭 4平　年　月　日生

職務上の事由　1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害

特記事項

組出　補　管　か初診　P総診

保険医療機関の所在地及び名称

傷病名部位

転帰　治ゆ　死亡　中止

初診　時間外　休日　深夜　乳　障　歯冠　処　点

再診　時間外　休日　深夜　乳　障　投薬　断　F　洗　P総診　病共管　その他

投薬・注射　内服外注　調　処方　情　処　注

X線検査　パ　全顎　側　EMR　横　S塔　平　測　写　P総診　基本検査　精密検査　その他

処置・手術　抜髄　覆髄　抜歯　除去　加圧洗浄　ラバー　咬調　根　感染根管　根管貼薬　根　充　仮蓋　即充　加圧根充　生切　失切　スケーリング　P処　SRP　PCur　切開　咬合　乳　前　臼　他　埋　抜歯　付着　GEa　FOp　その他　特定材料

麻酔　伝達　浸潤　IS　その他

歯冠修復及び欠損補綴　植込　機械装置　印象　咬合　試適　メタル　その他　歯冠形成　乳　音　前装冠（金属）　前装冠（金属）　乳　音　金属　材料　14K　パ大　パ小　二大　二小　金属　大　小　大　小　14K　二　パ　金属　パ　二　銀　ジャケット　高熱鋳造　修理　ポンティック　鋳造　パ大　パ小　二　金属　14K　他　前装　パ　二　金属　義歯　パ　二　下　不着　金属　装着材料　人工歯

有床義歯　1～4歯　5～8歯　9～11歯　12～14歯　総義歯　床義装　床義修　義歯調整　I　II　新製・修理・I修定（　年　月）

その他

摘要

公費分　点数　合計　点　決定　点

患者負担額（公費）　円　決定　点

高額療養費　円　一部負担金　円

※印の欄は、記入しないこと。

備考　1．この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。
2．※印の欄は、記入しないこと。

SAMPLE

〔診療報酬明細書　（医科入院医療機関別包括評価用）〕

様式第九（第二条関係）

診療報酬明細書
（医科入院医療機関別包括評価用）

都道府県 医療機関コード
保険者番号

平成　年　月分

1 医科	1社・国 2公費	3老人 4退職	1 単独 2 2併 3 3併	1本入 3三入 5家入	7高入9 9高入8

市町村番号		老人医療受給者番号		保険者番号	
公費負担者番号①		公費負担医療の受給者番号①		保険者番号	
公費負担者番号②		公費負担医療の受給者番号②		保険者番号	

保険者番号		被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号	
被扶養者	10 9 8 7（　）		

氏名	1男 2女 1明 2大 3昭 4平　・　・　生	特記事項	保険医療機関の所在地及び名称
職務上の事由	1職務上 2下船後3月以内 3通勤災害		

分類番号	診断群分類区分		転帰	保険	8
傷病名		ICD 10	傷病名	公費①	8
副傷病名			副傷病名	公費②	8
今回入院年月日	平成　年　月　日	今回退院年月日	平成　年　月　日		

患者基礎情報	傷病情報	包括評価部分	
	入退院情報		
	診療関連情報	出来高部分	

出来高療養費	円	総公費負担点数	点
食事	基準	円×　日間 円×　日間 円×	総公費負担点数 点
			減・免・猶・1・2・3月間

保険の給付	保険	請求　点	審査決定　点	負担金額　円 減額　割(円)免除・支払猶予	食事療養費	保険	請求　円	審査決定　円	（標準負担額）　円
	公費①	点	点	円		公費①	円	円	円
	公費②	点	点	円		公費②	円	円	円

SAMPLE

〔調剤報酬明細書〕

様式第五（第二条関係）

都道府県局コード
保険者番号

○ 調剤報酬明細書

平成　年　月分

4 調剤	1社・国 2公費	3老人 4退職	1 単独 2併 3併	2本外 4三外 6家外	8高外9 0高外8

市町村番号		老人医療受給者番号		保険者番号	特別対象者 10 9 8 7（ ）
公費負担者番号①	負担者番号①	公費負担医療の受給者番号①	負担者番号①	被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号	
公費負担者番号②	負担者番号②	公費負担医療の受給者番号②	負担者番号②		

氏名	1男 2女 1明 2大 3昭 4平　・　・　生	特記事項	保険薬局の所在地及び名称
傷病上の事由	1傷病上 2下船後3月以内 3通勤災害		

保険医療機関の所在地及び名称		保険医氏名	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.

受付回数	
保険	回
公費①	回
公費②	回

医師番号	処方月日	調剤月日	処方 医薬品名・規格・用量・剤型・用法	単位薬剤料	調剤数量	算定報酬点数 調剤料	薬剤料	加算料	公費分点数
	・	・		点		点	点	点	点
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							

摘要		公費負担者番号 円
		公費負担者番号 点
		公費負担者番号 点

	請求	※決定	一部負担金額	調剤基本料	時間外等加算	指導料
保険	点	点	円 減額　割(円)免除・支払猶予	点	点	点
公費①	点	※ 点	円	点	点	点
公費②	点	※ 点	円	点	点	点

備考　1. この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。
　　2. ※印の欄は、記入しないこと。

SAMPLE