

○診療報酬明細書  
(医科入院)

都道府 医療機関コード  
県番号

平成 年 月 分

1 医科	1 社・国 2 公費	3 後期 4 退職	1 単独 2 2併 3 3併	1 本入 3 六入 5 家入	7 高入 9 高入7
------	---------------	--------------	----------------------	----------------------	---------------

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	給付割合	1098 7( )
-------	------	--------------

被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号

区分	精神 結核 療養	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	(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 帰	保険診療日数	① 公費 ② 公費	日
-----	-------------------	-------	-------------------------------------	----	---------------------	--------	--------------	---

11	初診	時間外・休日・深夜	回	点	公費分点数
13	医学管理				
14	在宅				
20 投 薬	21	内服	単位		
	22	屯服	単位		
	23	外用	単位		
	24	調剤	日		
	26	麻毒	日		
30 注 射	31	皮下	回		
	32	筋肉	回		
	33	静脈内その他	回		
40	処置	回			
50 手 術 酔	薬	回			
	薬	回			
60	検査	回			
70 画 診 断	薬	回			
	薬	回			
80	その他	回			
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			

※高額療養費	円	※公費負担点数	点
97 基準	円× 回	※公費負担点数	点
特別	円× 回	基準(生)	円× 回
食事・食堂	円× 日	特別(生)	円× 回
生活環境	円× 日	減・免・猶・I・II・3月起	

療養の給付	請求点	※決定点	負担金額	円	保険給付	請求	円	※決定	円	(標準負担額)円
公費①	点	※	減額割(円)免除・支払猶予	円	公費①	円	※	円	円	円
公費②	点	※		円	公費②	円	※	円	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。

診療報酬明細書  
(医科入院外)

都道府県番号 医療機関コード

1	1 社・国	3 後期	1 単独	2 本外	8 高外一
医科	2 公費	4 退職	2 2 併	4 六外	0 高外7
			3 3 併	6 家外	

平成 年 月 分

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	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	特記事項
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 ( 床)

傷病名	(1)	年 月 日	転	治ゆ	死亡	中止	保	日
	(2)	年 月 日					診	日
	(3)	年 月 日					療	日
			帰				費①	日
							費②	日

1 1	初診	時間外・休日・深夜	回	点	公費点数
1 2	再診		×	回	
再	外来管理加算		×	回	
時	間外		×	回	
診	休日		×	回	
深	深夜		×	回	
1 3	医学管理				
1 4	往診			回	
夜	間			回	
在	深夜・緊急			回	
在宅患者訪問診療				回	
宅	その他				
	薬				
2 0	21 内服薬調剤		×	単位	
投	22 屯服薬調剤			単位	
薬	23 外用薬調剤		×	単位	
	25 処方毒		×	回	
	26 麻			回	
	27 調			回	
3 0	31 皮下筋肉内			回	
注	32 静脈内			回	
射	33 その他			回	
4 0	処置			回	
5 0	麻酔薬			回	
手	術酔				
6 0	検査			回	
検	査				
7 0	画像診断			回	
8 0	処方せん			回	
そ	の				
他	薬				

療	請	求	点	※	決	定	点	一部負担金額	円
保									
險								減額 割(円)免除・支払猶予	円
の			点	※		点			
公									
費									
給			点	※		点		円	※ 高額療養費 円
付									※ 公費負担点数 点
①									※ 公費負担点数 点
②									

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、記入しないこと。

診療報酬明細書  
(歯科)

都道府 医療機関コード  
県番号

平成 年 月 分

3 1 社 3 1 単 2 本 8  
園 公 国 後 独 外 外 高  
科 費 費 期 2 併 六 外 外  
2 公 費 4 退 3 併 六 家 0  
1 2 3 3 6 外 外 7  
0 0 0 0 0 0 0

公費負担者番号		公費負担医療の受給者番号	
---------	--	--------------	--

保険者番号		被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号	
-------	--	---------------------	--

氏名	1男 2女 1明 2大 3昭 4平 生	特記事項	届出
職務上の事由	1 職務上 2 下船後 3 月以内 3 通勤災害		補管・歯療診・外米環 GTR・医管・在歯管 補綴・障連・手眼 歯工・明細

傷病名部位		診療開始日	年 月 日
		診療実日数	日 ( 日 )
		転帰	治癒 死亡 中止

初診	218	時間外 (85)	休日 (250)	深夜 (480)	乳 (40)	乳・時間外 (125)	乳・休日 (290)	乳・深夜 (620)	障 (175)	障連 (250)	障連 (100)	外来環 (30)
再診	42X	時間外 65X	休日 190X	深夜 420X	乳 10X	乳・時間外 75X	乳・休日 200X	乳・深夜 530X	障 175X			
管理	歯管 110	義管 150	70・60・+40X	30X	歯清 60	実地指 80・100	F局 80	F洗 40	医管 140	その他		
投薬・注射	内屯外注				調剤 9X	6X	処方 42X	情 10X	+3X	処 68X	注 18X	30X

全額	枚	写 10X	P混検 40	20X	平 50X	基 50X	25X	精密 100X	50X	そ
線	48X	38X	S培 60X	顎運動 380X	測 100X	本 110X	55X	密 220X	110X	の
検査	パ 317X	315X	EMR 30X	45X	60X	75X	査 200X	100X	200X	他

う蝕	18X	150X	120X	25X	25X	填塞 131X	除去 15X	30X	50X	40X	50X	咬調 40X	60X
抜	220X	130X	根管 20X	20X	根 68X	抜 288X	198X	118X	230X				
406X	276X	22X	90X	496X	366X	加 140X	生切 270X						
570X	410X	30X	110X	680X	520X	164X	失切 70X						

S C	64X	+38X	32X	+19X	S R P	前 58X	小 62X	大 68X	前 29X	小 31X	大 34X	SPT 300	P処 10X	P基処 10
PCur	前 58X	小 62X	大 68X	前 29X	小 31X	大 34X	SPT 300	P処 10X	P基処 10					

抜歯	乳 130X	前 150X	白 260X	難 470X	埋 1050X	+100X	切開 180X	230X
----	--------	--------	--------	--------	---------	-------	---------	------

麻酔	伝麻 42X	浸麻 30X	その他
----	--------	--------	-----

補綴	100	維持管理 100X	330X	440X	印象 20X	30X	40X	60X	70X	225X	265X	275X	326X	X
歯冠形成	前 790X	前 630X	+30X	54X	充形 120X	咬合 14X	55X	70X	140X	185X	280X			
300X	160X	+30X	80X	+40X	試適 40X	80X	100X	190X						
乳 120X	乳 114X		+40X	修形 120X	支台築造	ノタル	前小 179X	大 222X	その他 前小 147X	大 158X				

銀	乳 189X	291X	390X	330X	470X	1230X	TEK 30X	充填 100X	148X	
前	232X	376X	494X	434X	601X	1368X	硬シ 963X	758X	充填 I 11X	28X
前	185X	279X	376X	316X	453X	1191X	シ 392X	乳 229X	充填 II 5X	11X
大	255X	413X		483X	663X		修理 70X		材 充 III 2X	
大	193X	297X		338X	479X		装着 30X	45X	料 13X	28X
大	185X	279X		318X	455X		装着 4X	12X	リイフー 100X	300X
14K		649X	837X				材料 16X		仮着 40X	80X

ボ	前 679X	前 617X	裏 850X	前 876X	Br 70X	752X	449X
ン	458X	銀 458X	装 14K 1099X	他 768X	装 150X	782X	738X
テ	1325X	ニ 1212X	銀 1212X		着 300X	不特 286X	保 60X

有	1~4歯 612X	床 265X	鉗 793X	双 425X	線 627X	不 210X	130X	13X	25X
床	5~8歯 739X	310X	双 687X	双 381X	鉤 470X	特 150X	103X	13X	27X
義	9~11歯 1025X	適 460X	造 671X	双 346X	双 229X	床 250X	+20X	30X	59X
園	12~14歯 1438X	660X	造 563X	双 328X	面 213X	修 280X	+20X	39X	77X
園	総義園 2300X	合 980X	鉤 482X	雙 319X	理 335X	+20X		X	X

摘	公費分請求	点	合計	点
要	点数決定※	点	決定※	点
	患者負担額 (公費)	円	決定※	円
	高額療養費※	円	一部負担額 免除・支払猶予	円

歯科一般(平成22年4月版)

○ 調剤報酬明細書

都道府 薬局コード  
 県番号

平成 年 月 分

4 調剤	1 社・国 2 公 費	3 後 期 4 退 職	1 単 2 2 3 併 3 併	2 本 4 外 6 外 家 外	8 高外 0 高外 7
---------	----------------	----------------	--------------------------	--------------------------	-------------------

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							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 生	特記事項	保険薬局の所在地及び名称
職務上の事由	1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害		

所 在 地 医 療 機 関 名 称	1 2 3 4 5	6 7 8 9 10	保 險 受 付 回 数	保 險 公 費 ① 公 費 ②	回 回 回
---	-----------------------	------------------------	----------------------------	--------------------------------------	-------------

医師番号	処方月日	調剤月日	処 方 医薬品名・規格・用量・剤形・用法	調剤 数量 点	調 剤 報 酬 点 数			公費分点数 点
					調剤料 点	薬剤料 点	加算料 点	

摘 要	※高額療養費	円
	※公費負担点数	点
	※公費負担点数	点

保 険	請求点	※ 決 定 点	一部負担金額	円	調剤基本料	時間外等加算	点	薬学管理料	点
	公費①	点	減額 割(円) 免除・支払猶予	円	点	点	点	点	点
	公費②	点	点	円	点	点	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。

○ 訪問看護療養費明細書

都道府県番号

訪問看護ステーションコード

平成 年 月 分

6	1	社・国	3	後	期	1	単	2	本	人	8
訪	2	公	費	4	退	職	3	3	併	6	高
問										族	齢
											7

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		給付割合	10	9	8
被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号					

氏名					特記		
職務上の事由	1 男	2 女	1 明	2 大	3 昭	4 平	生
	1 職務上				2 下船後3月以内		3 通勤災害

訪問看護ステーションの住所及び名称

心身の状態	訪問開始年月日	年 月 日	保	日
	訪問終了年月日時刻	年 月 日 午 時 分		実日数
			② 日	

主たる傷病名	1.	訪問終了の状況	1 軽快	2 施設	3 医療機関
	2.		4 死亡	5 その他( )	
3.		死亡時刻	年 月 日 午 時 分		

指示期間	指示期間	年 月 日 ~ 年 月 日	主治医の属する医療機関の名称
	(特別指示期間)	年 月 日 ~ 年 月 日	主治医の氏名
		年 月 日 ~ 年 月 日	

基本療養費	基本療養費(Ⅰ)及び(Ⅲ)	(公費分金額)	基本療養費(Ⅱ)
	⑩ 看護師等	円 × 日 円	⑩ 保健師、看護師、作業療法士
	⑪ 准看護師	円 × 日 円	⑪ 延長時間加算
	⑫ 看護師等	円 × 日 円	円 × 時間 円
	⑬ 准看護師	円 × 日 円	訪問日
	⑭ 難病等複数回訪問加算	円 × 日 円	1 2 3 4 5 6 7
	⑮ 緊急訪問看護加算	円 × 日 円	8 9 10 11 12 13 14
	⑯ 長時間訪問看護加算	円 × 日 円	15 16 17 18 19 20 21
			22 23 24 25 26 27 28
			29 30 31
		主治医への直近報告年月日	
		年 月 日	

管理療養費	⑳ 管理療養費	円 + 円 × 日 円	提供した情報の概要
	㉑ 24時間対応体制加算・24時間連絡体制加算	円 円	
	㉒ 重症者管理加算	円 円	情報提供先の市(区)町村等の名称
	㉓ 退院時共同指導加算	円 × 回 円	
	㉔ 退院支援指導加算	円 円	特記事項
㉕ 在宅患者連携指導加算	円 円		
㉖ 在宅患者緊急時等カンファレンス加算	円 × 回 円		

㉗ 情報提供療養費	円 円
㉘ 後期高齢者終末期相談支援療養費	円 円
㉙ 訪問看護ターミナルケア療養費	円 円

合計	請求	円 ※ 決定 円	負担金額	円	※高額	円
	①	円 ※	円 ※ 公	円	備考	
	②	円 ※	円 ※ 公	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。

