施設サービス等介護給付費明細書
（介護老人保健施設）

公費負担者番号	
公費受給者番号	

平成			年		月分

保険者番号	

被保険者

被保険者番号	
(フリガナ) 氏名	
生年月日	1.明治　2.大正　3.昭和　年　月　日
性別	1. 男　2. 女
要介護状態区分	1・2・3・4・5
認定有効期間	年　月　日から
	年　月　日まで

請求事業者

事業所番号	
事業所名称	
所在地	〒　－
連絡先	電話番号

入所年月日	年	月	日	退所年月日	年	月	日	入所実日数		外泊日数													
主傷病								退所後の状況	1.居宅　2.介護保険施設　3.医療機関入院　4.死亡　5.その他														

給付費明細欄

サービス内容	サービスコード	単位数	回数日数	サービス単位数	公費分回数等	公費対象単位数	摘要
合計							

緊急時施設療養費

緊急時傷病名	① ② ③				緊急時治療開始年月日	① 平成	年	月	日				
						② 平成	年	月	日				
						③ 平成	年	月	日				
緊急時治療管理(再掲)		単位		単位×	日								
特定治療	ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ	点	摘要										
	処置	点											
	手術	点											
	麻酔	点											
	放射線治療	点											
	合計	点											

往診日数		医療機関名		通院日数	医療機関名

請求額集計欄

区分	保険分	公費分	保険分特定治療	公費分特定治療
①点数・単位数合計				
②点数・単位数単価	円／単位		１０円／点	１０円／点
③給付率	/100	/100	/100	/100
④請求額（円）				
⑤利用者負担額（円）				

食事費用欄

食事提供費																標準負担額（月額）					食事提供費請求額		標準負担額
基本	日数			単価					金額														
特別食																							
延べ日数				公費日数					合計							公費請求分							

	枚中		枚目