

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 医療機関コード 県番号 | | 1 1 社・国 3 老人 1 単 2 2 公費 4 退職 2 3 独 3 3 3 独 4 5 本人 5 5 家人 | |
|----------------|-------------------------|-------------|-----|-------------------------------|---|--|----|
| 市町村 番号 | | 老人医療 の番号 | | 保険者 番号 | | 10 9 8 7 () | |
| 公費負担 番号① | | 公費負担 番号② | | 被保険者証・被保険者 手帳等の記号・番号 | | | |
| 区分 | 精神 痔瘻 特例 老人 重点 療養 複合 複座 | 特記事項 | | 保険証 番号の 所在地 及び 名称 | | | |
| 氏名 | 1男 2女 1男 2大 3昭 4平 | | | 年齢上の事由 1 療養上 2 下船後3月以内 3 通勤災害 | | | |
| 病名 | (1) | (2) | (3) | 年 月 日 | 始 | 終 | 中止 |
| ① 初診 | 時間外・休日・深夜 | 回 | 点 | 公費分点数 | | | |
| ② 内服 | 錠 | 錠 | 錠 | 錠 | | | |
| ③ 外用 | 日 | 日 | 日 | 日 | | | |
| ④ 注射 | 回 | 回 | 回 | 回 | | | |
| ⑤ 薬剤 | 回 | 回 | 回 | 回 | | | |
| ⑥ 入院年月日 | 年 月 日 | 入院基本科・加算 | | 特定入院科・その他 | | | |
| 請求 | 点 | 点 | 点 | 点 | 円 | 円 | 円 |
| 決定 | 点 | 点 | 点 | 点 | 円 | 円 | 円 |
| 支払 | 点 | 点 | 点 | 点 | 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)〕

様式第三二(三) (第三系関係)

診療報酬明細書
(医科入院外)

平成 年 月 分

都道府県 医療機関コード
第 号

| | | | | | | |
|---|------|------|---|---|---|--------|
| 1 | 1 社国 | 3 老人 | 1 | 単 | 2 | 2 本外 |
| 2 | 2 公費 | 4 選費 | 2 | 2 | 3 | 6 家外 |
| | | | | | | 10 8 8 |
| | | | | | | 7 () |

保険者番号: _____

健康保険証・被保険者
手帳等の記号・番号: _____

| | | | | | | | | |
|-----|---|---|---|---------------|----|-------------------|------------------------|--|
| 町町村 | 区 | 市 | 県 | 老人福祉 の区分 | 備考 | 氏名 | 生 | 保険証 機関の 所在地 及び 名称 (床) |
| 公費者 | | | | 公費負担 医療の区分 | | 1男 2女 1男 2女 3歳 4年 | | |
| 公費者 | | | | 公費負担 医療の区分 | | 取替上の事由 | 1 職番上 2 下船後3月以内 3 通勤災害 | |
| 公費者 | | | | 公費負担 医療の区分 | | 特記事項 | | |

| | | | | | | | |
|-----|-----|-------|-----|----|----|-----------|---|
| 種類名 | (1) | 年 月 日 | 診 時 | 死亡 | 中止 | 診療 開始日 | 日 |
| | (2) | 年 月 日 | | | | 診療 終了日 | 日 |
| | (3) | 年 月 日 | | | | 診療 開始日 | 日 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------------|-------|-----------|-------|--|--|-------------|-------|-------|-------|--|--------|---|--------|---|--|----|---|----|---|--|-----------|---|-----------|---|
| ① 初診 | 時間外・休日・深夜 | 回 | 点 | 公費分点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ② 再診 | 標準時間 | x | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 時間外 | x | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 休日 | x | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ③ 指 導 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ④ 在宅 | 往診 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 夜間 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 緊急 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 在宅を訪問診療 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑤ 住 居 | ① 内科 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ② 外科 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ③ 小児科 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ④ 産科 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ⑤ その他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑥ 注射 | ① 皮下筋内 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ② その他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑦ 処方せん | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%;"></td> <td>床 数 点 決 定 点</td> <td>床 数 点</td> <td>床 数 点</td> <td>床 数 点</td> </tr> <tr> <td></td> <td>一部負担金額</td> <td>円</td> <td>一部負担金額</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td></td> <td>減額</td> <td>円</td> <td>減額</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td></td> <td>高 額 療 養 費</td> <td>円</td> <td>高 額 療 養 費</td> <td>円</td> </tr> </table> | | | | | | | 床 数 点 決 定 点 | 床 数 点 | 床 数 点 | 床 数 点 | | 一部負担金額 | 円 | 一部負担金額 | 円 | | 減額 | 円 | 減額 | 円 | | 高 額 療 養 費 | 円 | 高 額 療 養 費 | 円 |
| | 床 数 点 決 定 点 | 床 数 点 | 床 数 点 | 床 数 点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 一部負担金額 | 円 | 一部負担金額 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 減額 | 円 | 減額 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 高 額 療 養 費 | 円 | 高 額 療 養 費 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

備考 1. この用紙は、日本工業規格A判4番とすること。
 2. ※印の欄は、記入しないこと。
 3. 「一部負担金」の項は、薬剤一部負担金を除いた金額を記載すること。

[診療報酬明細書 (歯科)]

様式第三(第一系関係)

| 診療報酬明細書 (歯科) | | 平成 年 月 分 | 〒 市 区 町 丁目 番 号 | 3 1 2 | 3 4 | 1 2 3 | 2 6 |
|-----------------|--|------------|----------------------------|-------------|-------------------------|-------------|--------|
| 市町村 番号 | 老人医療 の受給者 番号 | 公費負担 番号 | 公費負担 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 | 1 2 3 | 2 6 |
| 氏名 | 特記事項 | 届出 年月日 | 保険医 診療所の 所在地及び 名称 | | | | |
| 職上の事由 | 1 職上 2 下級後3月以内 3 通勤災害 | | | | | | |
| 診療 開始日 | 年 月 日 | 診療 終了日 | 日 (日) | 延滞 日数 | 死亡 | 中止 | |
| 初診 | 時開外 休日 夜間 乳 産 産後 産前 | 所 + F 洗 | | | | | |
| 再診 | 初診 10日以内 10日以上 | | | | | | |
| 処置・薬剤 | 内服外投 | 調剤 | 注射 | 検査 | X線 | その他 | |
| 検査 | 血液 尿 便 痰 汗 唾液 鼻汁 皮膚 爪 髪 毛 髪 汗 汗腺 汗管 汗孔 汗腺 汗管 汗孔 汗腺 汗管 汗孔 | 検査 | 検査 | 検査 | 検査 | 検査 | |
| 処置 | 一般 特殊 予防 補綴 矯正 小児科 歯科外科 歯科内科 歯科保存科 歯科口腔外科 歯科口腔内科 歯科口腔小児科 歯科口腔小児科 | 処置 | 処置 | 処置 | 処置 | 処置 | |
| 薬剤 | 一般 特殊 予防 補綴 矯正 小児科 歯科外科 歯科内科 歯科保存科 歯科口腔外科 歯科口腔内科 歯科口腔小児科 歯科口腔小児科 | 薬剤 | 薬剤 | 薬剤 | 薬剤 | 薬剤 | |
| 検査 | 血液 尿 便 痰 汗 唾液 鼻汁 皮膚 爪 髪 毛 髪 汗 汗腺 汗管 汗孔 汗腺 汗管 汗孔 | 検査 | 検査 | 検査 | 検査 | 検査 | |
| X線 | 一般 特殊 予防 補綴 矯正 小児科 歯科外科 歯科内科 歯科保存科 歯科口腔外科 歯科口腔内科 歯科口腔小児科 歯科口腔小児科 | X線 | X線 | X線 | X線 | X線 | |
| その他 | その他 | その他 | その他 | その他 | その他 | その他 | |
| 合計 | 合計 | 合計 | 合計 | 合計 | 合計 | 合計 | |
| 公費負担 | 公費負担 | 公費負担 | 公費負担 | 公費負担 | 公費負担 | 公費負担 | |
| 患者負担 | 患者負担 | 患者負担 | 患者負担 | 患者負担 | 患者負担 | 患者負担 | |
| 合計 | 合計 | 合計 | 合計 | 合計 | 合計 | 合計 | |

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。
 3. 「一部負担金」の項は薬剤一部負担金を除いた金額を記載すること。

【調剤報酬明細書】

様式第五(第一系関係)

○調剤報酬明細書

郵便局コード
局番号

平成 年 月 分

| | | | | | | | |
|---|---|-----|----|---|---|---|----|
| 4 | 1 | 社:3 | 老人 | 1 | 単 | 2 | 本外 |
| 調 | 2 | 公:4 | 退院 | 2 | 併 | 6 | 家 |
| 剤 | | | | 3 | 診 | | 外 |
| | | | | 3 | 3 | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 調剤番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入費負担の | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 公費負担の | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------|
| 保険番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1098 |
| 番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 7() |

被保険者証・医療保険者
手帳等の記号・番号

氏名: 1男 2女 1期 2大 3地 4平 生
 職上の事由: 1職上 2下勤後3月以内 3通勤災害

特記事項
 保険薬局の所在地及び名称

| | | | |
|---------|-----------------------|---|----|
| 所在地及び名称 | 前200以上・病200未満・診定率・診定額 | 1 | 6 |
| | | 2 | 7 |
| | | 3 | 8 |
| | | 4 | 9 |
| | | 5 | 10 |

| 調剤 番号 | 処方 年月日 | 調剤 期日 | 処方 内容 | 調剤 数量 | 調剤報酬点 | | | 公費 点 |
|----------|-----------|----------|----------|----------|-------|----|----|---------|
| | | | | | 調剤 | 薬剤 | 加算 | |
| | | | | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| | | |
|-------|--|---|
| 調剤報酬 | | 円 |
| 薬剤費 | | 円 |
| 加算料 | | 円 |
| 公費負担 | | 円 |
| 一部負担金 | | 円 |
| 一部負担金 | | 円 |
| 一部負担金 | | 円 |
| 一部負担金 | | 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。
 3. 「一部負担金」の項は、薬剤一部負担金を除いた金額を記載すること。