

○診療報酬明細書 (医科入院)		都道府 医療機関コード 県番号		1	1 社・国	3 後 期	1 単 独	1 本 入	7 高 入			
		医 科	2 公 費	4 退 職	2 2 併	3 六 入	3 3 併	5 家 入	9 高 入			
平成 年 月 分				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	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			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											
傷病名	(1) (2) (3)			診療開始日	(1) 年 月 日 (2) 年 月 日 (3) 年 月 日		転治ゆ	死亡	中止	保険診療実日数	①公費②	日 日 日
1 1	初 診	時間外・休日・深夜	回	点	公費分点数							
1 3	医学管理											
1 4	在宅											
2 0 投 薬	2 1	内 服	単位									
	2 2	屯 服	単位									
	2 3	外 用	単位									
	2 4	調 剤	日									
	2 6	麻 毒	日									
3 0 注 射	3 1	皮 下 筋 肉 内	回									
	3 2	静 脈 内	回									
	3 3	そ の 他	回									
4 0	処 置		回									
5 0	手 術 酔 薬 剤		回									
6 0	病 理 査 査		回									
7 0	画 像 診 断		回									
8 0	そ の 他		回									
9 0 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					
9 7	基 準	円×	回	※公費負担点数		点						
食 事 ・ 生 活 環 境	特 別	円×	回	基 準(生)		円×	回					
	食 堂	円×	日	特 別(生)		円×	回					
	環 境	円×	日	減 ・ 免 ・ 猶 ・ I ・ II ・ 3月超								
保 險 給 付	請 求	点	※ 決 定	点	負 担 金 額	円	保 險 給 付	請 求	円	※ 決 定	円	(標準負担額) 円
	公 費 ①	点	※	点	減 額 割 (円) 免除 ・ 支 払 猶 予	円	回	円	※	円	円	
	公 費 ②	点	※	点		円	回	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	
				10 9 8	
				7 ()	

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
-------	------

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

傷病名	(1)	年 月 日	転	治ゆ	死亡	中止	診療日数	日
	(2)	年 月 日					診療公費①	日
	(3)	年 月 日					診療公費②	日

1 1	初診	時間外・休日・深夜	回	点	公費点数
1 2	再診		×	回	
	外来管理加算		×	回	
	再時間外		×	回	
	診休日		×	回	
	深夜		×	回	
1 3	医学管理				
1 4	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				
2 0	21 内服薬調剤	×	回	単位	
	22 屯服薬調剤		回	単位	
	23 外用薬調剤	×	回	単位	
	25 処方	×	回		
	26 麻毒		回		
	27 調剤		回		
3 0	31 皮下筋肉内		回		
	32 静脈内		回		
	33 その他		回		
4 0	処置		回		
	薬剤				
5 0	手術		回		
	麻酔				
6 0	検査		回		
	病理				
7 0	画像		回		
	診断				
8 0	処方せん		回		
	その他				
	薬剤				

療養の給付	請求点	※	決定点	一部負担金額	円
				減額割(円)免除・支払猶子	円
	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

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)

平成 年 月 日

都道府県 医療機関コード
県番号

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

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

氏 名	1 男 2 女 1 明 2 大 3 昭 4 平 . . 生	特記事項	届出 補管・歯検診・外來 GTR・医管・在歯管 う蝕処置・障連・手帳使用 歯技工・明細
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 部位	診療 開始日	年 月 日
	診療 実日数	日 (日)
	転帰	治ゆ 死亡 中止

初診 時間外 () 休日 () 深夜 () 乳 () 乳・時間外 () 乳・休日 () 乳・深夜 () 障 () 障導 () 障連 () 外來環 () 点

再診 × 時間外 × 休日 × 深夜 × 乳 × 乳・時間外 × 乳・休日 × 乳・深夜 × 障 ×

管理 歯管 義管 + × × 歯清 実地指 F局 F洗 医管 の他

投薬・注射 内 屯 外 注 調 × × 処方 × × 精 × + × 処 × × 注 × ×

X線 検査	全額 × ×	枚 × ×	写 × ×	P混検 × ×	平 測 × ×	基本 検査 × ×	精密 検査 × ×	その他 × ×
パ	× ×	EMR × ×	× ×	× ×	× ×	× ×	× ×	× ×

処置・ 手術	う蝕 ×	保護処置 × × ×	填塞 ×	除去 × × ×	知覚 × × ×	咬調 × ×
	抜 ×	感染 ×	根管 ×	根 ×	抜 ×	生切 ×
	髓 ×	根 ×	管 ×	充 ×	即 ×	任 ×
	×	処 ×	貼 ×	×	×	根 ×
	×	×	×	×	×	充 ×
S.C.	× + ×	× + ×	SRP	前 ×	小 ×	大 ×
PCur	前 ×	小 ×	大 ×	前 ×	小 ×	大 ×
拔牙	乳 ×	前 ×	白 ×	難 ×	理 ×	切開 ×
その他					特定 薬剤	

麻酔 伝麻 × 浸麻 × その他

歯冠 修復 及び 欠損 補綴	補診	維持管理 × × ×	× × ×	× × ×	× × ×	× × ×	× × ×
	歯冠 形成	前 ×	前 × + ×	前 ×	充 ×	咬 ×	× × ×
	形成	生 ×	活 × + ×	乳 ×	高 ×	適 ×	× × ×
	乳 ×	乳 ×	乳 × + ×	支 ×	台 ×	メ ×	タ ×
	乳小 ×	銀 ×	×	×	×	TEK ×	充 ×
	前小 ×	×	×	×	×	硬 ×	Ⅰ ×
	前小 ×	×	×	×	×	ジ ×	Ⅱ ×
	大 ×	×	×	×	×	修 ×	Ⅲ ×
	大 ×	×	×	×	×	装 ×	其 ×
	大 ×	×	×	×	×	装 ×	リ ×
14K	×	×	×	×	材 ×	仮 ×	
ボン テック	バ ×	バ ×	裏 ×	バ ×	バ ×	バ ×	
前装	バ ×	二 ×	銀 ×	×	×	×	
有床 義歯	1~4 ×	×	双 ×	双 ×	線 ×	不 ×	
5~8 ×	×	14 ×	双 ×	双 ×	鉤 ×	双 ×	
9~11 ×	×	床 ×	K ×	両 ×	両 ×	二 ×	
12~14 ×	×	適 ×	両 ×	両 ×	二 ×	二 ×	
総義 歯	×	合 ×	鉤 ×	両 ×	両 ×	二 ×	
その他							

その他

摘 要	公費分 点数	請求 決定	※	点 点	合 計	点
	患者負担額 (公費)			円	決 定	※
	高額療養費	※		円	一部負担 金額	減額 割(円) 免除・支払猶予

○ 診療報酬明細書

(医科入院医療機関別包括評価用)

都道府
県番号

医療機関コード

1	1 社・国	3 後期	1 単独	1 本入	7 高入一
医科	2 公費	4 退職	2 2併 3 3併	3 六入 5 家入	9 高入7

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	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	診療実日数	保険公費①公費②
傷病名	ICD 10	傷病名	傷病名	傷病名
副傷病名	副傷病名	副傷病名	副傷病名	副傷病名
今回入院年月日	平成 年 月 日	今回退院年月日	平成 年 月 日	

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

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

○ 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 独 2 2 併 3 3 併	2 本 外 4 六 外 6 家 外	8 高 外 一 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
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 薬 局 の 所 在 地 及 び 名 称

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

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	単位薬剤料 点	調 剤 報 酬 点 数			公費分点数
					調 劑 数 量 点	調 劑 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 險	請 求 点	※ 決 定 点	一部負担金額 円	調剤基本料 点	時間外等加算点	薬 学 管 理 料 点	
			減額 割(円) 免除・支払猶予				
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。