

○ 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・	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	9 高 入
			3 3 併	5 家 入	

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

区分	精神 結核 療養	特記事項
氏名		
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	転治中止	診療開始日	年 月 日	保険公費①公費②	日
	(2) 年 月 日					日
	(3) 年 月 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	21 内服 22 屯服 23 外用 24 調剤 26 麻毒 27 調基	単位 単位 単位 日 日		
3 0	注 射	31 皮下 32 静脈 33 その他	回 回 回		
4 0	処 置	薬 剤	回		
5 0	手 術	麻 酔	回		
6 0	検 査	理 薬 剤	回		
7 0	画 診	断 薬 剤	回		
8 0	そ の 他	薬 剤	回		

9 0	入 院	入院年月日	年 月 日	点
		病 診	90 入院基本料加算	× 日間 × 日間 × 日間 × 日間
			92 特定入院料・その他	

9 7	食 事 ・ 生 活 環 境	基 準 特 別 食 堂	円 × 回 円 × 回 円 × 日	※ 高額療養費	円	※ 公費負担点数	点
		環 境	円 × 日	基 準 ( 生 )	円 × 回	特 別 ( 生 )	円 × 回
			円 × 日	減 ・ 免 ・ 猶 ・ I ・ II ・ 3 月 起			

療 養 給 付	保 險 公 費 ① 公 費 ②	請 求 点	※ 決 定 点	負 担 金 額 円	保 險 公 費 ① 公 費 ②	請 求 円	※ 決 定 円	(標準負担額)円
		点	点	円	回	円	円	円
		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 医療機関コード  
県番号

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

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

傷病名	(1) 年 月 日	転	治	死	中	止	保	日
	(2) 年 月 日						診	日
	(3) 年 月 日	帰					療	日
							費	日
							①	日
							公	日
							費	日
							②	日

1 1	初 診	時間外・休日・深夜	回	点	公費分点数
1 2	再 診	×	回		
	外来管理加算	×	回		
	再 時 間 外	×	回		
	診 休 日	×	回		
	診 深 夜	×	回		
1 3	医学管理				
1 4	往 診		回		
	夜 間		回		
	在 深 夜・緊 急		回		
	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 基		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 酔		回		
	薬 剤				
6 0	検 査 理		回		
	薬 剤				
7 0	画 診 像 断		回		
	薬 剤				
8 0	処 方 せ ん		回		
	薬 剤				

療 保	請 求 点	※ 決 定 点	一部負担金額	円
養 險			減額 割(円)免除・支払猶予	円
の 公	点	※	点	円
費 給				
① 公	点	※	点	円
費 付				
② 公	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

都道府県番号 医療機関コード

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

○ (歯科) 平成 年 月 分

様式第三

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
	10.987( )

被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号

氏名	特記事項	届出
1男 2女 1明 2大 3昭 4平 . . . 生		補管・歯援診・外来環 GTR・医管・在歯管 う蝕無痛・特連・手術歯根 歯技工・明細・在診 歯CAD・歯リハ2
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	特	特導	特連	特	外来環
再診	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
管理・リハ	歯管 +	義管	実地指	周1(前)	周2(前)	周3(前)	周4(前)	周5(前)	周6(前)	周7(前)	その他	
投薬・注射	内屯外注	調	×	×	処方	×	×	×	×	×	×	×
X線検査	全額	写	P混検	P部検	基本検査	精密検査	その他					
	×	×	×	×	×	×	×					
処置・手術	う蝕	×	保護処置	×	×	×	×	知覚過敏	×	×	×	×
	抜	×	感根	×	根	×	根	+	加圧根充	×	生切	×
	髓	×	貼	×	充	×	充	×	×	×	除去	×
	SC	×	+	×	+	×	+	SRP	前	×	小	×
	PCur	前	×	小	×	大	×	前	×	小	×	大
	拔牙	乳	×	前	×	白	×	難	×	理	×	+
	その他											

麻酔	伝麻	×	浸麻	×	その他	
----	----	---	----	---	-----	--

補診	維持管理	×	×	×	印象	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
歯冠形成	前接C	×	前C	×	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	生活金シ	×	失活金シ	×	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	乳	×	乳	×	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
歯冠修復	乳前小銀	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
	前小バ	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
	前小ニ	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
	大バ	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
	大銀	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
	大ニ	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
	14K	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
欠損	鑄造	バ大	×	バ小	×	銀	×	14K	×	他	×	Br	×	バ	×
	前装	バ	×	バ	×	銀	×	14K	×	他	×	Br	×	バ	×
	前装	バ	×	バ	×	銀	×	14K	×	他	×	Br	×	バ	×
補綴	1~4歯	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
	5~8歯	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
	9~11歯	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
	12~14歯	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
	総義歯	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×

その他	
-----	--

摘要	公費分請求点数	請求決定	点	合計	点
	患者負担額(公費)		円	決定	円
	高額療養費		円	一部負担金額	円
				減額 割(円)	円
				免除・支払猶予	



