４　帳票イメージ

介護報酬請求帳票のフォーマット（案）

識別	名称	対象サービス種類
案1	居宅介護（支援）サービス費報酬明細フォーマット	訪問通所区分介護サービス 居宅療養管理指導
案2-（1）	居宅介護（支援）サービス費報酬明細フォーマット	短期入所生活介護
案2-（2）	居宅介護（支援）サービス費報酬明細フォーマット	老人保健施設短期入所療養介護
案2-（3）	居宅介護（支援）サービス費報酬明細フォーマット	病院療養型短期入所療養介護
案3	居宅介護（支援）サービス費報酬明細フォーマット	痴呆対応型共同生活介護 特定施設入所者生活介護
案4	居宅介護（支援）サービス計画費報酬明細フォーマット	居宅介護支援
案5	施設介護サービス費報酬明細フォーマット	介護福祉施設サービス
案6	施設介護サービス費報酬明細フォーマット	介護保健施設サービス
案7	施設介護サービス費報酬明細フォーマット	介護療養施設サービス
案8	介護給付費請求フォーマット 介護給付費請求フォーマット別紙	

案－1

居宅介護（支援）サービス費報酬明細フォーマット

（訪問介護・訪問入浴介護・福祉用具貸与・訪問看護・訪問リハ・通所介護・通所リハ・居宅療養管理指導）

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	要支援・1・2・3・4・5	
認定有効期間	平成 年 月 日 から 平成 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

居宅サービス計画			
	1．居宅介護支援事業者作成　2．被保険者自己作成		
	事業所番号	事業所名称	

開始年月日	平成 年 月 日	中止年月日	平成 年 月 日	中止理由	1.非該当 2.介護施設 3.医療機関入院 4.死亡 5.その他

報酬明細欄

サービス内容	サービスコード	点数	回数	サービス点数	うち公費対象	摘要

請求額集計欄

サービス種類コード/名称				
サービス実日数	日	日	日	日
①計画点数				
②限度額管理対象点数				
③限度額管理対象外点数				給付率（/100）
④給付点数 min(①、②)＋③				保険
⑤公費分点数				公費
⑥点数単価	▲ 円／点	▲ 円／点	▲ 円／点	▲ 円／点 合計
⑦保険請求額				
⑨利用者負担額				
⑧公費請求額				
⑨公費分本人負担				

	枚中		枚目

案－２（１）

居宅介護（支援）サービス費報酬明細フォーマット
（短期入所生活介護）

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	要支援・1・2・3・4・5
	認定有効期間	平成　年　月　日から 平成　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

居宅サービス計画			
	1．居宅介護支援事業者作成　　2．被保険者自己作成		
	事業所番号	事業所名称	

報酬明細欄	サービス内容	サービスコード	点数	日数回数	サービス点数
	合計				

期入所計画日数	日
短期入所実日数	日

サービス提供日

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

請求額集計欄	区分	保険分	公費分
	①点数合計		
	②点数単価	円／点	
	③給付率	/100	/100
	④請求額（円）		
	⑤利用者負担額（円）		

	枚中		枚目

案－２（２）

居宅介護（支援）サービス費報酬明細フォーマット

（老人保健施設型短期入所療養介護）

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	要支援・1・2・3・4・5				
認定有効期間	平成　年　月　日　から				
	平成　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

居宅サービス計画	1．居宅介護支援事業者作成　　2．被保険者自己作成		
	事業所番号	事業所名称	

報酬明細欄

サービス内容	サービスコード	点数	日数回数	サービス点数
合計				

短期入所計画日数		日
短期入所実日数		日

サービス提供日

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

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
往診日数	医療機関名	通院日数	医療機関名

緊急時治療管理	点	点×	日
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		
特定治療合計	点		

請求額集計欄

区分	保険分	公費分	保険分緊急時施設療養費	公費分緊急時施設療養費
①点数合計				
②点数単価	円／点		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）				

	枚中		枚目

居宅介護（支援）サービス費報酬明細フォーマット
（病院療養型短期入所療養介護）

案－2（3）

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	要支援・1・2・3・4・5			
認定有効期間	平成　年　月　日から			
	平成　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

居宅サービス計画	1．居宅介護支援事業者作成　　2．被保険者自己作成		
	事業所番号	事業所名称	

報酬明細欄

サービス内容	サービスコード	点数	日数回数	サービス点数
合計				

期入所計画日数	日
短期入所実日数	日

サービス提供日

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

特定診療費

区分		保険分（点）	公費分（点）	傷病名	
1.	指導管理料			摘要	
2.	ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ				
3.	精神科専門療法				
4.	画像診断				
5.	処置				
6.	手術				
7.	合計				

請求額集計欄

区分	保険分	公費分	保険分特定診療費	公費分特定診療費
①点数合計				
②点数単価	円／点		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）				

	枚中		枚目

居宅介護（支援）サービス費報酬明細フォーマット

（痴呆対応型共同生活介護・特定施設入所者生活介護）

案－3

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	要支援・1・2・3・4・5		
認定有効期間	平成　年　月　日から 平成　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	平成	年	月	日	退所年月日	平成	年	月	日	入所実日数		外泊日数		
退所後の状況	1.居宅　2.介護施設　3.医療機関入院　4.死亡　5.その他													

報酬明細欄

サービス内容	サービスコード	点数	日数	サービス点数	摘要
合計					

請求額集計欄

区分	保険分	公費分
①点数合計		
②点数単価	円／点	
③給付率	/100	/100
④請求額（円）		
⑤利用者負担額（円）		

案－4

居宅介護（支援）サービス計画費報酬明細フォーマット

平成		年		月分
保険者番号				

居宅介護支援事業者	事業所番号		所在地	〒　－
	事業所名称			
			連絡先	電話番号
	指定/基準該当等	1．指定　2．基準該当等	点数単価	▲　（円/点）

項番	被保険者				請求計算	
	被保険者(公費受給者)番号		(フリガナ) 氏名		サービスコード	
	生年月日	1. 明治　2. 大正　3. 昭和 年　月　日	性別	1. 男　2. 女	点数	
	要介護状態区分	要支援・1・2・3・4・5	認定有効期間	平成　年　月　日 から 平成　年　月　日 まで	請求金額	
	居宅サービス計画作成依頼届出年月日			平成　年　月　日		
	被保険者(公費受給者)番号		(フリガナ) 氏名		サービスコード	
	生年月日	1. 明治　2. 大正　3. 昭和 年　月　日	性別	1. 男　2. 女	点数	
	要介護状態区分	要支援・1・2・3・4・5	認定有効期間	平成　年　月　日 から 平成　年　月　日 まで	請求金額	
	居宅サービス計画作成依頼届出年月日			平成　年　月　日		
	被保険者(公費受給者)番号		(フリガナ) 氏名		サービスコード	
	生年月日	1. 明治　2. 大正　3. 昭和 年　月　日	性別	1. 男　2. 女	点数	
	要介護状態区分	要支援・1・2・3・4・5	認定有効期間	平成　年　月　日 から 平成　年　月　日 まで	請求金額	
	居宅サービス計画作成依頼届出年月日			平成　年　月　日		
	被保険者(公費受給者)番号		(フリガナ) 氏名		サービスコード	
	生年月日	1. 明治　2. 大正　3. 昭和 年　月　日	性別	1. 男　2. 女	点数	
	要介護状態区分	要支援・1・2・3・4・5	認定有効期間	平成　年　月　日 から 平成　年　月　日 まで	請求金額	
	居宅サービス計画作成依頼届出年月日			平成　年　月　日		
	被保険者(公費受給者)番号		(フリガナ) 氏名		サービスコード	
	生年月日	1. 明治　2. 大正　3. 昭和 年　月　日	性別	1. 男　2. 女	点数	
	要介護状態区分	要支援・1・2・3・4・5	認定有効期間	平成　年　月　日 から 平成　年　月　日 まで	請求金額	
	居宅サービス計画作成依頼届出年月日			平成　年　月　日		

施設介護サービス費報酬明細フォーマット
（介護老人福祉施設）

案－5

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	要支援等・1・2・3・4・5	旧措置入所者特例	1. 無 2. 有	
認定有効期間	平成　年　月　日から			
	平成　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	平成	年	月	日	退所年月日	平成	年	月	日	入所実日数		外泊日数		
退所後の状況	1.居宅　2.介護施設　3.医療機関入院　4.死亡　5.その他													

報酬明細欄

サービス内容	サービスコード	点数	日数	サービス点数	摘要
合計					

請求額集計欄

区分	保険分	公費分
①点数合計		
②点数単価	円／点	
③給付率	/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	食事提供費請求額	標準負担額減免
基本	日数		単価		金額			1.無　2.有
特別食								
延べ日数				合計		公費請求分		

	枚中		枚目

施設介護サービス費報酬明細フォーマット
（介護老人保健施設）

案－6

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	平成　年　月　日から 平成　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	平成	年	月	日	退所年月日	平成	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.介護施設　3.医療機関入院　4.死亡　5.その他												

報酬明細欄

サービス内容	サービスコード	点数	日数	サービス点数	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 ② 平成 ③ 平成			年 年 年		月 月 月		日 日 日	
往診日数		医療機関名						通院日数		医療機関名							
緊急時治療管理		点		点×		日											
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															
特定治療合計		点															

請求額集計欄

区分	保険分	公費分	保険分緊急時施設療養費	公費分緊急時施設療養費
①点数合計				
②点数単価	円／点		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	食事提供費請求額	標準負担額減免
基本	日数		単価		金額			1.無　2.有
特別食								
延べ日数				合計		公費請求分		

	枚中		枚目

施設介護サービス費報酬明細フォーマット

（介護療養型医療施設）

案－7

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	平成 年 月 日から
	平成 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

入院年月日	平成	年	月	日	退院年月日	平成	年	月	日	入院実日数		外泊日数									
主傷病										退院後の状況	1.居宅 2.介護施設 3.医療機関入院 4.死亡 5.その他										

報酬明細欄

サービス内容	サービスコード	点数	日数	サービス点数	摘要
合計					

特定診療費

区分		保険分（点）	公費分（点）
1.	指導管理料		
2.	ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ		
3.	精神科専門療法		
4.	画像診断		
5.	処置		
6.	手術		
7.	合計		

傷病名

摘要

請求額集計欄

区分	保険分	公費分	保険分特定診療費	公費分特定診療費
①点数合計				
②点数単価	円／点		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	食事提供費請求額	標準負担額減免
基本	日数		単価	金額			1.無 2.有
特別食							
延べ日数				合計	公費請求分		

	枚中		枚目

平成			年			月分

介護給付費請求フォーマット

案－8

事業所番号										
請求事業所	名称									
	所在地	〒				－				
	連絡先									

保　険　者

（　別　記　）殿

下記のとおり請求します。　　平成　　年　　月　　日

保険請求分

区分	サービス費用						食事提供費用					
	件数	点数	費用合計	保険請求額	公費等の負担	利用者負担	件数	延べ日数	金額	標準負担額	公費等の負担額	保険請求額
通常の利用者負担												
減免対象												
給付率引き下げ分												
合計												

保険優先公費分

区分		サービス費用						食事提供費用					
		件数	点数	費用合計	保険請求額	公費等の負担	利用者負担	件数	延べ日数	金額	標準負担額	公費等の負担額	保険請求額
12	介護扶助												
20	精神												
15	身障												
合計													

公費単独分

区分		サービス費用						食事提供費用					
		件数	点数	費用合計	保険請求額	公費等の負担	利用者負担	件数	延べ日数	金額	標準負担額	公費等の負担額	保険請求額
12	介護扶助												

介護給付費請求フォーマット別紙（請求の基礎となる施設・人員等の区分）

平成			年			月分

事業所番号										

提供サービス		施設等の区分	人員配置区分	その他該当する体制等（複数選択可）	
11	訪問介護			1.厚生大臣の定める地域の事業所	
13	訪問看護	1. 訪問看護ステーション 2. 病院または診療所			
15	通所介護	1. 単独型 2. 併設型 3. 痴呆専用単独型 4. 痴呆専用併設型		1.機能訓練体制 2.食事提供体制 3.特別入浴介助	
16	通所 ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ	1. 通常規模の医療機関 2. 小規模診療所 3. 介護老人保健施設		1.食事提供体制 2.特別入浴介助	
17	福祉用具貸与			1.厚生大臣の定める地域の事業所	
21	短期入所 生活介護	1. 併設型・空床型	1.Ⅰ型 2.Ⅱ型 3.Ⅲ型	1.機能訓練体制 2.常勤医師配置 3.精神科医療指導 4.夜勤勤務条件非該当	
		2. 単独設置型	1.Ⅰ型 2.Ⅱ型 3.Ⅲ型		
22	短期入所 療養介護	1. 老人保健施設	1.Ⅰ型 2.Ⅱ型	1.リハビリテーション体制 2.痴呆専門棟	
		2. 病院療養型	1.Ⅰ型 2.Ⅱ型 3.Ⅲ型 4.Ⅳ型	基準省令付則	1.第10条 2第8,9,11条 3. 第7条
				医師の配置	1.医療法施行規則付則第49条適用
				勤務条件基準	1.加算型① 2.加算型② 3.加算型③ 4.加算型④ 5.減算型
		3. 診療所療養型	1.Ⅰ型 2.Ⅱ型	平成10年省令	1.第2,3条 2第6条
		4. 痴呆疾患型	1.Ⅰ型 2.Ⅱ型 3.Ⅲ型 4.Ⅳ型		
		5. 基準適合診療所			
		6. 介護力強化型	1.Ⅰ型 2.Ⅱ型 3.Ⅲ型 4.Ⅳ型	勤務条件基準	1.加算型① 2.加算型② 3.加算型③ 4.加算型④ 5.減算型
33	特定施設入所 者生活介護			1.機能訓練体制	
43	居宅介護支援			1.厚生大臣の定める地域の事業所	
51	介護福祉施設	1. 介護福祉施設	1.Ⅰ型 2.Ⅱ型 3.Ⅲ型	1.機能訓練体制 2.常勤医師配置 3.精神科医療指導 4.夜勤勤務条件非該当	
		2. 小規模介護福祉施設	1.Ⅰ型 2.Ⅱ型 3.Ⅲ型		
52	介護保健施設		1.Ⅰ型 2.Ⅱ型	1.リハビリテーション体制 2.痴呆専門棟	
53	介護療養施設	1. 療養型	1.Ⅰ型 2.Ⅱ型 3.Ⅲ型 4.Ⅳ型	基準省令付則	1.第10条 2同第8,9,11条3. 第7条
				医師の配置	1.医療法施行規則付則第49条適用
				勤務条件基準	1.加算型① 2.加算型② 3.加算型③ 4.加算型④ 5.減算型
		2. 診療所型	1.Ⅰ型 2.Ⅱ型	基準省令付則	1.第13,14条 2第12条
		3. 痴呆疾患型	1.Ⅰ型 2.Ⅱ型 3.Ⅲ型 4.Ⅳ型		
		4. 介護力強化型	1.Ⅰ型 2.Ⅱ型 3.Ⅲ型 4.Ⅳ型	勤務条件基準	1.加算型① 2.加算型② 3.加算型③ 4.加算型④ 5.減算型

記載例

居宅介護（支援）サービス費報酬明細フォーマット

（訪問介護・訪問入浴介護・福祉用具貸与・訪問看護・訪問リハ・通所介護・通所リハ・居宅療養管理指導）

公費負担者番号	
公費受給者番号	

平成	12	年	04	月分
保険者番号	1400XX			

被保険者

被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0
(フリガナ)	
氏名	○○　○○○
生年月日	1.明治 (2)大正 3.昭和　3年 3月 17日
性別	(1)男 2. 女
要介護状態区分	要支援・1・2・3・(4)・5
認定有効期間	平成 12 年 4 月 1 日から
	平成 12 年 9 月 30 日まで

請求事業者

事業所番号	1 4 1 2 3 4 5 6 X X
事業所名称	HHH 事業所
所在地	〒211－9999 ○○市○○1－2－3
連絡先	電話番号　XXXX　(XX) XXXX

居宅サービス計画	(1)居宅介護支援事業者作成　2. 被保険者自己作成		
	事業所番号	1 4 3 4 5 6 7 X X X	事業所名称 ○○ケアセンター　△△△事業所

開始年月日	平成 12 年 04 月 01 日	中止年月日	平成　年　月　日	中止理由	2.非該当　2.介護施設　3.医療機関入院　4.死亡　5.その他

報酬明細欄

サービス内容	サービスコード	点数	回数	サービス点数	うち公費対象	摘要
身体介護2	112112	250	15	3750		
身体介護1深夜	111113	280	25	7000		
訪問看護2・准看	131121	320	8	2560		
通所リハビリ(I)1重度	161131	300	4	1200		
訪問入浴	121111	800	3	2400		

請求額集計欄

サービス種類コード/名称	11 訪問介護	12 訪問入浴介護	13 訪問看護	16 通所リハビリ	
サービス実日数	25 日	3 日	8 日	4 日	
①計画点数	1075 0	1600	2560	1200	
②限度額管理対象点数	1075 0	2400	2560	1200	
③限度額管理対象外点数					給付率（/100）
④給付点数 min(①、②)＋③	1075 0	1600	2560	1200	保険 90
⑤公費分点数					公費
⑥点数単価	10▲00 円／点	10▲00 円／点	10▲00 円／点	10▲00 円／点	合計
⑦保険請求額	9675 0	1440 0	2304 0	1080 0	144990
⑨利用者負担額	1075 0	1600	2560	1200	16110
⑧公費請求額					
⑨公費分本人負担					

	枚中		枚目