



福岡医発第 491 号 (地)
令和元年 5 月 16 日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会長 松 田 峻一良
(公 印 省 略)

改元に伴う様式の改正について

改元に伴う保険医療事務の取扱いにつきましては、平成 31 年 4 月 23 日付け福岡医発第 303 号 (地)「改元に伴う保険医療事務の取扱いについて」によりご連絡申し上げているところです。

今般、別添のとおり厚生労働省令及び厚生労働省告示の改正に伴って下記の様式が改正された旨、日本医師会より通知がありました。

つきましては、貴会会員への周知方よろしくお願い申し上げます。

記

《保険医療機関及び保険薬局の指定並びに保険医及び保険薬剤師の登録に関する省令》

- ・ 保険医療機関又は保険薬局の指定申請様式 (様式第 1 号)
- ・ 保険医療機関指定変更申請書 (様式第 1 号の 2)
- ・ 保険医又は保険薬剤師の登録申請様式 (様式第 2 号)
- ・ 保険医又は保険薬剤師の登録票 (様式第 3 号及び第 4 号)

《保険医療機関及び保険医療養担当規則》

- ・ 診療録 (医科・歯科) (様式第 1 号)
- ・ 処方箋 (様式第 2 号及び第 2 号の 2)

《療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令第 7 条第 3 項の規定に基づき厚生労働大臣が定める様式》

- ・ 診療報酬請求書 (様式第 1、第 6 及び第 8)
- ・ 診療報酬明細書 (様式第 2、第 3 及び第 10)
- ・ 調剤報酬請求書 (様式第 4、第 7 及び第 9)
- ・ 調剤報酬明細書 (様式第 5)

《訪問看護療養費及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令第 2 条の規定に基づき厚生労働大臣が定める様式》

- ・ 訪問看護療養費請求書 (様式第 1 から第 3 まで)
- ・ 訪問看護療養費明細書 (様式第 4)

以上

令和元年 5 月 1 5 日

都道府県医師会
社会保険担当理事 殿

日本医師会常任理事
松 本 吉 郎

改元に伴う様式の改正について

改元に伴う保険医療事務の取扱いにつきましては、平成 3 1 年 4 月 2 2 日付 (保 26) F「改元に伴う保険医療事務の取扱いについて」によりご連絡申し上げてきたところです。

今般、添付資料のとおり、厚生労働省令及び厚生労働省告示の改正に伴って下記の様式が改正されましたのでご連絡申し上げます。

つきましては、貴会会員への周知方ご高配賜りますようお願い申し上げます。

記

《保険医療機関及び保険薬局の指定並びに保険医及び保険薬剤師の登録に関する省令》

- ・ 保険医療機関又は保険薬局の指定申請様式 (様式第 1 号)
- ・ 保険医療機関指定変更申請書 (様式第 1 号の 2)
- ・ 保険医又は保険薬剤師の登録申請様式 (様式第 2 号)
- ・ 保険医又は保険薬剤師の登録票 (様式第 3 号及び第 4 号)

《保険医療機関及び保険医療費担当規則》

- ・ 診療録 (医科・歯科) (様式第 1 号)
- ・ 処方箋 (様式第 2 号及び第 2 号の 2)

《療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令第 7 条第 3 項の規定に基づき厚生労働大臣が定める様式》

- ・ 診療報酬請求書 (様式第 1、第 6 及び第 8)
- ・ 診療報酬明細書 (様式第 2、第 3 及び第 10)
- ・ 調剤報酬請求書 (様式第 4、第 7 及び第 9)
- ・ 調剤報酬明細書 (様式第 5)

《訪問看護療養費及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令第2条の規定に基づき厚生労働大臣が定める様式》

- ・訪問看護療養費請求書（様式第1から第3まで）
- ・訪問看護療養費明細書（様式第4）

<添付資料>

- ・官報 号外第2号（94～101頁、468～473頁）（令和元年5月7日）

(保険医療機関及び保険薬局の指定並びに保険医及び保険薬剤師の登録に関する省令の一部改正)
第二十一条 保険医療機関及び保険薬局の指定並びに保険医及び保険薬剤師の登録に関する省令(昭和三十三年厚生省令第十三号)の一部を次のように改正する。
様式第一号(表面)及び様式第一号の二(表面)中「平成」を「令和」に改める。
様式第二号(表面)を次のように改める。

(表 面)

※登録の記号及び番号		保 険 医 登 録 申 請 書			
※登 録 年 月 日					
① 医師・歯科医師・薬剤師	氏 名	明・大・昭・平・令 年 月 日生 男・女			
② 医 籍・歯科医籍・薬剤師名簿	登 録 番 号	登録年月日		明・大・昭・平・令 年 月 日	
③ 健康保険の診療・調剤に従事 する病院・診療所・薬局	名 称	担当診療科名			
	所 在 地				
健康保険法第71条第2項第1号か ら第3号のいずれか(登録欠格事由) ④に該当	有 ・ 無	該当する法律名			
		内 容			
		該 当 年 月 日			
		処 分 権 者 等			

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

地方厚生(支)局長

殿

医師若しくは歯科医師又は
薬剤師の氏名及び住所

印

様式第三号及び様式第四号を次のように改める。

様式第三号（第十四条関係）

保 険 医 登 録 票

登録の記号及び番号			登録年月日		
医師・歯科医師	氏 名		明・大・昭・平・令	年 月 日生	男・女

上記のとおり登録したことを証明する。

令和 年 月 日

地方厚生（支）局長



備 考 この用紙は、B 列 7 番とすること。

保 険 薬 剤 師 登 録 票					
登録の記号及び番号			登録年月日		
薬 剤 師	氏 名		明・大・昭・平・令	年 月 日生	男・女

上記のとおり登録したことを証明する。

令和 年 月 日

地方厚生（支）局長

印

様式第四号（第十四条関係）

備 考 この用紙は、B 列 7 番とすること。

（保険医療機関及び保険医療養担当規則の一部改正）
 第二十二條 保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和三十三年厚生省令第十五号）の一部を次のように改正する。
 様式第一号（一）の 1 を次のように改める。
 様式第一号（一）の 1 （第二十二條関係）

診 療 録													
公費負担者番号				保 險 者 番 号									
公 費 負 担 医 療 の 受 給 者 番 号				被 保 険 者 手 帳 証 号				記 号 ・ 番 号					
受 診 者	氏 名			有 効 期 限			令 和 年 月 日						
	生 年 月 日			被 保 険 者 氏 名			昭 和 平 成 令 和 年 月 日						
	住 所			資 格 取 得			所 在 地 電 話 局 番 名 称						
	職 業			保 險 者			所 在 地 電 話 局 番 名 称						
傷 病 名				職 務		開 始		終 了		転 帰		期 間 満 了 予 定 日	
				上・外		月 年 日		月 年 日		治 ゆ ・ 死 亡 ・ 中 止		月 年 日	
				上・外		月 年 日		月 年 日		治 ゆ ・ 死 亡 ・ 中 止		月 年 日	
				上・外		月 年 日		月 年 日		治 ゆ ・ 死 亡 ・ 中 止		月 年 日	
				上・外		月 年 日		月 年 日		治 ゆ ・ 死 亡 ・ 中 止		月 年 日	
				上・外		月 年 日		月 年 日		治 ゆ ・ 死 亡 ・ 中 止		月 年 日	
				上・外		月 年 日		月 年 日		治 ゆ ・ 死 亡 ・ 中 止		月 年 日	
				上・外		月 年 日		月 年 日		治 ゆ ・ 死 亡 ・ 中 止		月 年 日	
				上・外		月 年 日		月 年 日		治 ゆ ・ 死 亡 ・ 中 止		月 年 日	
傷 病 名				労 務 不 能 に 関 す る 意 見				入 院 期 間					
				意見書に記入した労務不能時間				意 見 書 交 付					
自 至 月 月 日 日 日間				年 月 日				自 至 月 月 日 日 日間					
自 至 月 月 日 日 日間				年 月 日				自 至 月 月 日 日 日間					
自 至 月 月 日 日 日間				年 月 日				自 至 月 月 日 日 日間					
業務災害又は通勤災害の疑いがある場合は、その旨													
備 考	公費負担者番号												
	公 費 負 担 医 療 の 受 給 者 番 号												

備考 この用紙は、B列5番とすること。

齒科診療録

公費負担者番号						保 険 者 番 号					
公 費 負 担 医 療 の 受 給 者 番 号						被 保 険 者 手 帳	記号・番号	●			
							有 効 期 限	令和 年 月 日			
受 診 者	氏 名					被 保 険 者 氏 名					
	生 年 月 日	明大昭平令	年	月	日生	男・女	資 格 取 得	昭和 平成 令和 年 月 日			
	住 所	電話 局 番				事 業 所 （船舶所有者）	所 在 地	電話 局 番			
							名 称				
職 業		被保険者 との続柄				保 険 者	所 在 地	電話 局 番			
							名 称				

部	位	傷病名	職務	開始	終了	転帰
— —			上・外	月 年日	月 年日	
— —			上・外	月 年日	月 年日	
— —			上・外	月 年日	月 年日	
— —			上・外	月 年日	月 年日	
— —			上・外	月 年日	月 年日	
— —			上・外	月 年日	月 年日	
— —			上・外	月 年日	月 年日	
— —			上・外	月 年日	月 年日	
— —			上・外	月 年日	月 年日	
— —			上・外	月 年日	月 年日	
— —			上・外	月 年日	月 年日	
— —			上・外	月 年日	月 年日	

上
下
右
左

〔主訴〕その他摘要

傷病名	労務不能に関する意見			入院期間	
	意見書に記入した労務不能期間		意見書交付		
	自至	月日 月日	日間	年 月 日	自至 月 月 日 日間

業務災害又は通勤災害の疑いがある場合は、その旨	
備 考	

様式第一号(二)の1を次のように改める。

様式第一号(二)の1 (第二十二条関係

様式第二号及び様式第二号の二を次のように改める。
様式第二号 (第二十三条関係)

処 方 箋

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号						保 険 者 番 号							
公費負担医療 の受給者番号						被保険者証・被保険 者手帳の記号・番号							

患 者	氏 名			保険医療機関の 所在地及び名称									
	生年月日	明 大 昭 平 令	年 月 日	男・女	電 話 番 号								
	区 分	被保険者	被扶養者	保 険 医 氏 名	(印)								
					都道府県番号		点数表 番号	医療機関 コード					

交付年月日	令和 年 月 日	処 方 箋 の 使 用 期 間	令和 年 月 日	特に記載のある場合 を除き、交付の日を含 めて 4 日以内に保険薬 局に提出すること。
-------	----------	--------------------	----------	--

処 方	変更不可	個々の処方薬について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更に差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。

備 考	保険医署名（「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した 場合は、署名又は記名・押印すること。）	
	保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応（特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。） ☐ 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 ☐ 保険医療機関へ情報提供	

調剤済年月日	令和 年 月 日	公費負担者番号							
保険薬局の所在 地 及 び 名 称 保険薬剤師氏名	(印)	公費負担医療の 受 給 者 番 号							

備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。
2. この用紙は、A列 5 番を標準とすること。
3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和 51 年厚生省令第 36 号）第 1 条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。

処 方 箋

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

分割指示に係る処方箋 分割の 回目

公費負担者番号							保 険 者 番 号							
公費負担医療 の受給者番号							被保険者証・被保険 者手帳の記号・番号							

患 者	氏 名				保険医療機関の 所在地及び名称									
	生年月日	明 大 昭 平 令	年 月 日	男・女	電 話 番 号									
	区 分	被保険者	被扶養者		保 険 医 氏 名									
					都道府県番号		点数表 番号	医療機関 コード						

交付年月日	令和 年 月 日	処 方 箋 の 使 用 期 間	令和 年 月 日	特に記載のある場合 を除き、交付の日を含 めて4日以内に保険薬 局に提出すること。
-------	----------	--------------------	----------	--

処 方	変更不可	個々の処方薬について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。

備 考	保険医署名	「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した 場合は、署名又は記名・押印すること。
	保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応(特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。) □保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 □保険医療機関へ情報提供	

調剤済年月日	令和 年 月 日	公費負担者番号						
保険薬局の所在 地 及 び 名 称 保険薬剤師氏名		公費負担医療の 受 給 者 番 号						

備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。

2. この用紙は、A列5番を標準とすること。

3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和51年厚生省令第36号）第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。

様式第二号の二（第二十三条関係）

分割指示に係る処方箋（別紙）

(発行保険医療機関情報)

処方箋発行医療機関の保険薬局からの連絡先

電話番号 _____

F A X 番号 _____

その他の連絡先 _____

(受付保険薬局情報)

1 回目を受け付けた保険薬局

名称 _____

所在地 _____

保険薬剤師氏名 _____ (印)

調剤年月日 _____

2 回目を受け付けた保険薬局

名称 _____

所在地 _____

保険薬剤師氏名 _____ (印)

調剤年月日 _____

3 回目を受け付けた保険薬局

名称 _____

所在地 _____

保険薬剤師氏名 _____ (印)

調剤年月日 _____

（療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令第七条第三項の規定に基づき厚生労働大臣が定める様式の一部改正）
第七條 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令第七条第三項の規定に基づき厚生労働大臣が定める様式（平成二十年厚生労働省告示第百二十六号）の一部を次のように改正する。
様式第一中「七号」を「八号」に改める。
様式第二及び様式第三を次のように改める。

様式第二（一）

○診療報酬明細書 (医科入院)										都道府県番号		医療機関コード		1 医科		1 社・国 2 公費		3 後期 4 退職		1 単独 2 2 併 3 3 併		1 本入 3 六入 5 家入		7 高入 9 高入					
令和 年 月 分										保険者番号		被保険者証・被保険者手帳等の記号・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																			
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		保険医療機関の所在地及び名称																	
氏名 1男 2女 1明 2大 3昭 4平 5令 . . 生										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 帰		診療実日数 ① 公費 ② 公費															
1 1 初診 時間外・休日・深夜 回 点 公費点数																													
1 3 医学管理																													
1 4 在宅																													
2 0 投 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 2 7 調基																													
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 薬 剤 回																													
5 0 手術 薬 剤 回																													
6 0 検査 薬 剤 回																													
7 0 画像 薬 剤 回																													
8 0 その他 薬 剤 回																													
9 0 入院 入院年月日 年 月 日 病 診 90 入院基本料・加算 点 減額 割(円)免除・支払猶予 円																													
※高額療養費 円 ※公費負担点数 点																													
9 7 基準 特別 食事・生活環境 円 × 回 円 × 回 円 × 日 円 × 日 減・免・猶・I・II・3月超																													
療養の給付 請求点 ※ 決定点 負担金額 円 保険 回数 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 食・生活療養 公費① 円 ※ 円 円																													
公費② 点 ※ 点 減額 割(円)免除・支払猶予 円 食・生活療養 公費② 円 ※ 円 円																													

備考 1. この用紙は、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

2 2 併 4 六外 0 高外7

3 3 併 6 家外 給付割合 7 ()

令和 年 月 分

保険者番号

被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号

公費負担者番号①

公費負担者番号②

公費負担医療の受給者番号①

公費負担医療の受給者番号②

氏名

特記事項

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

(床)

傷病名

診療開始日

診療日数

診療日数①

診療日数②

1 1 初診 時間外・休日・深夜 回 点 公費分点数

1 2 再診 時間外 回 点

1 3 医学管理 回 点

1 4 往診 回 点

2 0 投薬 回 点

3 0 注射 回 点

4 0 処置 回 点

5 0 手術 回 点

6 0 検査 回 点

7 0 画像診断 回 点

8 0 その他 回 点

療養給付

請求点

決定点

一部負担金額

減額割(円)免除・支払猶予

高額療養費

公費負担点数

公費負担点数

様式第二(一一)

備考 1. この用紙は、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

○ (歯科) 令和 年 月 分

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

保険者番号					給付割合	10987()
-------	--	--	--	--	------	---------

様式第三

—						—					
公費負担者番号						公費負担医療の受給者番号					

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 5令 . . 生										特記事項	届出
職務上の事由	1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害											補管 歯初診

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	治療	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	特地	外来環	点											
再診	×	時間外	×	休日	×	深夜	×	乳	×	乳・時間外	×	乳・休日	×	乳・深夜	×	特	×	再外来環	×					
管理・リハ	歯管	+	+	+	+	+	義管		実地指	P画像	×	×	重リ	その他										
投薬・注射	内屯外注						調	×	×	処方	×	+	×	情	×	+	×	処	×	+	×	注	×	×
X線検査	全顎	枚		色調	×	P混検	×	P部検	×	基本	×	精密	×	その他										
	標	×	×	S培	×	顎運動	×			検査	×	検査	×											
	パ	×	×	EMR	×	×	×	×			×	×	×											
	検査																							
処置・手術	う蝕	×	保護処置	×	×	×	×	填塞	×	×	知覚過敏	×	×	咬調	×	×								
	抜	×	感	×	根	×	根	×	加圧	×	生	×	×	F局										
	髓	×	根	×	貼	×	充	×	充	×	切	×	除去	T.cond	×									
	処	×	処	×	貼	×	充	×	充	×	+	×	×	歯清										
術	S C	×	+	×	×	+	×	SRP 前	×	小	×	大	×	前	×	小	×	大	×					
	PCur 前	×	小	×	大	×	前	×	小	×	大	×	SPT(I)	SPT(II)	P処	×	P基処							
	拔牙 乳	×	前	×	+	×	白	×	+	×	埋	×	+	×	切開	×	×							
	その他																							
麻酔	伝麻	×	浸麻	×	その他																			
歯冠形成	補診	×	×	維持管理	×	×	×	×	×	×	印象	×	×	×	×	×								
	(生単)	前C	×	(失単)	前C	×	+	×	(窩洞)	×	×	×	×	×	×	×								
	金硬	×	金硬	×	+	×	×	+	×	+	×	+	×	+	×	×								
	乳	×	乳	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×								
修復及び欠損補綴	(生フ)	前接	×	+	×	×	(失フ)	前	×	+	×	+	×	+	×	+	×	×	×					
	金	×	金	×	+	×	金	×	+	×	+	×	+	×	+	×	+	×	×					
	支台印象	×	支台築造	メタル	前小	×	大	×	その他	前小	×	大	×	修形	×	充形	×	+	×					
	金乳前小銀	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×					
その他	前小バ	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×					
	大バ	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×					
	大銀	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×					
	バ前	×	銀前	×	バ大	×	C小	×	装着	×	×	リタイナー	×	×	×	×								
その他	前バ小	×	銀小	×	鑄造	バ小	×	材料	×	×	Br装着	×	×	×	×									
	バ大	×	銀大	×	鑄造	銀	×	ババ	×	×	屈曲	不特	×	保	×									
	1~4歯	×	床	×	鑄	双大	×	線14	双	×	不双	×	レストナシ	×	×	×	×							
	有5~8歯	×	床	×	鑄	双小	×	鉤K	レストアリ	×	特	レストアリ	×	間接	×	人	×	×						
その他	9~11歯	×	適	×	造	腕大	×	腕大	×	腕大	×	床	×	+	×	+	×	工	×	×				
	義歯	×	合	×	鉤	腕大	×	腕大	×	腕大	×	床	×	+	×	+	×	工	×	×				
	12~14歯	×	合	×	鉤	腕大	×	腕大	×	腕大	×	床	×	+	×	+	×	工	×	×				
	総義歯	×	合	×	鉤	腕前	×	腕前	×	腕前	×	床	×	+	×	+	×	工	×	×				
その他																								
その他																								
摘要																公費分	請求	点	合計	点				
																点数	決定	※	点					
																患者負担額(公費)		円	決定	※	点			
																高額療養費	※	円	一部負担金額	減額 割(円)	円			

様式第五

調剤報酬明細書

令和 年 月分

都道府県番号
薬局コード

公費負担者番号①

公費負担者番

給付割合

10987()

被保険者証・被保険者手帳等の記号 ・ 番号

氏名

特記事項

職務上の事由

勤務上理由

診療機関の所在地及び名称

都道府県番号

点数表番号

医療機関コード

保険医氏名

1678910

受付け回数

保険公費①

公費②

回

回

回

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

調剤数量

調剤料

薬剤料

加算料

公費点致

摘要

※高額療養費

円

※公費負担点数

点

※公費負担点数

点

請求点

決定点

一部負担金額

円

調剤基本料

時間外等加算

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、A列4番とすること。
2. ※印の欄は、記入しないこと。

様式第六から様式第九までの様式中「平成」を「令和」に改める。
様式第十を次のように改める。

様式第十

○ 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	3	2 併 3 併	3	六 入 5 家 入	9	高入7
								給 付 割 合	10 9 8	
								7 ()		

令和 年 月 分									
—									
公費負担 担者番号①					公費負担 医療の受 給者番号①				
公費負担 担者番号②					公費負担 医療の受 給者番号②				

保険者 番 号										
被 保 険 者 証・被 保 険 者 手 帳 等 の 記 号 ・ 番 号										

氏 名	特 記 事 項										保 険 医 療 機 関 の 所 在 地 及 び 名 称
	1男 2女 1明 2大 3昭 4平 5令 . . 生										
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											
傷病名 ICD 10 傷病名											
副傷病名 副傷病名											
今回入院年月日 令和 年 月 日 今回退院年月日 令和 年 月 日											
傷 病 情 報	包括評価部分										
	出来高部分										
入 退 院 情 報											
患 者 基 礎 情 報											
診 療 関 連 情 報											
※高額療養費 円 ※公費負担点数 点											
食 基準 円× 回 円× 点											
事 特別 円× 回 円× 点											
食堂 円× 日 減・免・猶・I・II・3月超											
保 請 求 点 ※ 決 定 点 負 担 金 額 円											
保 険 公 費 の 給 付	食 保 回 請 求 円 ※ 決 定 円 (標準負担額)円										
	除 公 回 円 円 円										
	療 費① 公 回 円 円 円										
費②											

第八條 (訪問看護療養費及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令第二条の規定に基づき厚生労働大臣が定める様式の一部改正)
様式第一から様式第三までの様式中「平成」を「令和」に改める。

様式第四を次のように改める。
様式第四

○ 訪 問 看 護 療 養 費 明 細 書

都道府 訪問看護ステーショ
県番号 ンコード

令和 年 月 分

6	1	社・国	3	後 期	1	単 独	2	本 人	8	高 齢
訪問	2	公 費	4	退 職	3	3 併 6		家 族	0	高 齢

保 險 者							給 付	1 0 9 8
番 号								7 ()

被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号

訪問看護ステー
ションの住所及び
び名称

氏 名	1 男 2 女 1 明 2 大 3 昭 4 平 5 令	特 記
訪問した 住所		
職務上の事由	1 職務上 2 下船後 3 月以内 3 通勤災害	

主たる
傷病名

1.
2.
3.

基準告示第 2 の 1 に規定する疾病等の有無 1 別表 7 2 別表 8 3 無

心身の状態

該当する疾病等

主治医の属する医療機関の名称

主治医の氏名

訪問開始年月日 年 月 日

訪問終了年月日時刻 年 月 日 午前・午後 時 分

訪問終了の状況 1 軽快 2 施設 3 医療機関 4 死亡 5 その他 ()

死亡の状況 時刻 場所 1 自宅 2 施設 3 病院 4 診療所 5 その他 ()

指示期間

指示期間 (特別指示期間) 年 月 日～ 年 月 日 / 年 月 日～ 年 月 日

精神指示期間 年 月 日～ 年 月 日 / 年 月 日～ 年 月 日

(精神特別指示期間) 年 月 日～ 年 月 日 / 年 月 日～ 年 月 日

⑩ 基本療養費 (Ⅰ) 及び (Ⅱ)

⑪ 看護師等 (週 3 日まで) 円 × 日 円 (公費分金額)

理学療法士等 (週 4 日以降) 円 × 日 円 円

⑫ 准看護師 (週 3 日まで) 円 × 日 円 円

⑬ 看護師等 (週 4 日以降) 円 × 日 円 円

(3 人以上) (週 3 日まで) 円 × 日 円 円

理学療法士等 (週 4 日以降) 円 × 日 円 円

(3 人以上) (週 3 日まで) 円 × 日 円 円

⑭ 准看護師 (週 3 日まで) 円 × 日 円 円

(3 人以上) (週 4 日以降) 円 × 日 円 円

⑮ 難病等複数回訪問加算 円 × 日 円 円

⑯ 緊急訪問看護加算 円 × 日 円 円

⑰ 長時間訪問看護加算 円 × 日 円 円

⑱ 乳幼児加算 円 × 日 円 円

⑲ 複数名訪問看護加算 円 × 日 円 円

看護師等 円 × 日 円 円

理学療法士等 円 × 日 円 円

准看護師 円 × 日 円 円

看護補助者 (ハ) 円 × 日 円 円

看護補助者 (ニ) (1 日 1 回) 円 × 日 円 円

(1 日 2 回) 円 × 日 円 円

(1 日 3 回以上) 円 × 日 円 円

⑳ 夜間・早朝訪問看護加算 円 × 日 円 円

㉑ 深夜訪問看護加算 円 × 日 円 円

基本療養費 (Ⅲ)

㉒ 看護師等 円 × 回 円 円

理学療法士等 円 × 回 円 円

50 管理療養費 円 + 円 × 日 円 円

51 24 時間対応体制加算 円 円 円

52 特別管理加算 円 円 円

53 退院時共同指導加算 円 × 回 円 円

54 特別管理指導加算 円 × 回 円 円

55 退院支援指導加算 円 円 円

56 在宅患者連携指導加算 円 円 円

57 在宅患者緊急時等カンファレンス加算 円 × 回 円 円

58 精神科重症患者支援管理連携加算 円 円 円

費 59 看護・介護職員連携強化加算 円 円 円

60 情報提供療養費 円 円 円

61 ターミナルケア療養費 円 円 円

主治医への直近報告年月日 年 月 日

情報提供先 1 市(区)町村等 2 学校 3 医療機関等

訪問日

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

合 保 請 求 円 ※ 決 定 円

① 公 費 円 ※ 円

② 公 費 円 ※ 円

負担金額 円

減額 制 (円) 免除・ 支払い猶予 円 ※ 公費負担金額 円 備考

円 ※ 公費負担金額 円

③④ 基本療養費 (Ⅰ) 及び (Ⅲ)

③⑤ 看護師等 (週 3 日まで 30 分未満) 円 × 日 円 円

(週 3 日まで 30 分以上) 円 × 日 円 円

(週 4 日以降 30 分未満) 円 × 日 円 円

(週 4 日以降 30 分以上) 円 × 日 円 円

③⑥ 作業療法士 (週 3 日まで 30 分未満) 円 × 日 円 円

(週 3 日まで 30 分以上) 円 × 日 円 円

(週 4 日以降 30 分未満) 円 × 日 円 円

(週 4 日以降 30 分以上) 円 × 日 円 円

③⑦ 准看護師 (週 3 日まで 30 分未満) 円 × 日 円 円

(週 3 日まで 30 分以上) 円 × 日 円 円

(週 4 日以降 30 分未満) 円 × 日 円 円

(週 4 日以降 30 分以上) 円 × 日 円 円

③⑧ 看護師等 (週 3 日まで 30 分未満) 円 × 日 円 円

(週 3 日まで 30 分以上) 円 × 日 円 円

(週 4 日以降 30 分未満) 円 × 日 円 円

(週 4 日以降 30 分以上) 円 × 日 円 円

(3 人以上) (週 3 日まで 30 分未満) 円 × 日 円 円

(週 3 日まで 30 分以上) 円 × 日 円 円

(週 4 日以降 30 分未満) 円 × 日 円 円

(週 4 日以降 30 分以上) 円 × 日 円 円

③⑨ 作業療法士 (週 3 日まで 30 分未満) 円 × 日 円 円

(週 3 日まで 30 分以上) 円 × 日 円 円

(週 4 日以降 30 分未満) 円 × 日 円 円

(週 4 日以降 30 分以上) 円 × 日 円 円

(3 人以上) (週 3 日まで 30 分未満) 円 × 日 円 円

(週 3 日まで 30 分以上) 円 × 日 円 円

(週 4 日以降 30 分未満) 円 × 日 円 円

(週 4 日以降 30 分以上) 円 × 日 円 円

③⑩ 准看護師 (週 3 日まで 30 分未満) 円 × 日 円 円

(週 3 日まで 30 分以上) 円 × 日 円 円

(週 4 日以降 30 分未満) 円 × 日 円 円

(週 4 日以降 30 分以上) 円 × 日 円 円

(3 人以上) (週 3 日まで 30 分未満) 円 × 日 円 円

(週 3 日まで 30 分以上) 円 × 日 円 円

(週 4 日以降 30 分未満) 円 × 日 円 円

(週 4 日以降 30 分以上) 円 × 日 円 円

③⑪ 緊急訪問看護加算 円 × 日 円 円

③⑫ 長時間訪問看護加算 円 × 日 円 円

③⑬ 複数名訪問看護加算 円 × 日 円 円

看護師等 (1 日 1 回) 円 × 日 円 円

(1 日 2 回) 円 × 日 円 円

(1 日 3 回以上) 円 × 日 円 円

作業療法士 (1 日 1 回) 円 × 日 円 円

(1 日 2 回) 円 × 日 円 円

(1 日 3 回以上) 円 × 日 円 円

准看護師 (1 日 1 回) 円 × 日 円 円

(1 日 2 回) 円 × 日 円 円

(1 日 3 回以上) 円 × 日 円 円

看護補助者 円 × 日 円 円

精神保健福祉士 円 × 日 円 円

③⑭ 夜間・早朝訪問看護加算 円 × 日 円 円

③⑮ 深夜訪問看護加算 円 × 日 円 円

③⑯ 精神科複数回訪問加算 円 × 日 円 円

基本療養費 (Ⅳ)

③⑰ 看護師等 円 × 回 円 円

作業療法士 円 × 回 円 円

特記事項

1 他①

2 他②

3 従

4 特

5 介

6 支援

7 同一日

8 同一緊急

9 退支

10 連

備考

1. この用紙は、A 列 4 番とすること。

2. ※印の欄は、記入しないこと。