

診療報酬明細書  
(医科入院)

都道府 医療機関コード  
原番号

平成 年 月 分

1 医科	1 社 2 公費	3 後期 4 退職	1 単 2 併 3 併	1 本 3 六 5 家人	7 高入 9 高入?
---------	-------------------	--------------------	----------------------------	-----------------------------	---------------------

公費負担者① 負担番号	公費負担者② 負担番号	公費負担者③ 負担番号	公費負担者④ 負担番号	公費負担者⑤ 負担番号	公費負担者⑥ 負担番号	公費負担者⑦ 負担番号	公費負担者⑧ 負担番号	公費負担者⑨ 負担番号	公費負担者⑩ 負担番号
----------------	----------------	----------------	----------------	----------------	----------------	----------------	----------------	----------------	----------------

保険者 番号	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	眼病	待記事項
氏名	1男 2女 1明 2大 3昭 4平 生			
敬請上の事由	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

偶病名	(1)	(2)	(3)	年	月	日	毎	治ゆ	死亡	中止	診療日数	公費負担日数	日

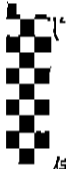
11	初診	時間外・休日・深夜	回	点	公費分点数
13	医学管理				
14	在宅				
20 投 薬	21	内服	単位		
	22	外用	単位		
	23	注射	日		
	24	調剤	日		
	25	調剤	日		
30 注 射	31	皮下筋肉内	回		
	32	静脈内	回		
	33	その他	回		
40	処置	薬剤	回		
50	手術	薬剤	回		
60	検査	薬剤	回		
70	画像	薬剤	回		
80	その他	薬剤			
90 入 院	入院年月日		年	月	日
	病	診	90 入院基本料・加算	点	
			×	日間	
			×	日間	
			×	日間	
		×	日間		
		×	日間		
		92 特定入院料・その他			

97 食事・生活	標準	円×	回	公費負担点数	点
	特別	円×	回	標準(生)	円×
	食費	円×	日	特別(生)	円×
	環境	円×	日	減・免・猶・I・II・3月超	

保険料の給付	請求	点	換	定	点	負担金額	円	公費負担	円	請求	円	決定	円	(標準負担額)	円
		点			点	負担(0)免除・支払済	円	公費負担	円		円		円		円
		点			点		円	公費負担	円		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. 刷印の欄は、記入しないこと。





平成 年 月 分

診療報酬請求書 (医科)

保険者

県番号  
08

医療機関  
コード

後期高齢者医療広域連合 股

下記のとおり請求する。

保険医療機関の  
所在地及び名称  
開設者氏名

平成 年 月 日

後期高齢者医療

	療養の給付				食事療養・生活療養				
	件数	診療 日数	点数	一部負担金	件数	回数	金額	標準負担額	
後期高齢9割	請求	入院			円			円	円
		入院外							
	※決定	入院							
		入院外							
後期高齢7割	請求	入院							
		入院外							
	※決定	入院							
		入院外							

公費負担医療

	療養の給付				食事療養・生活療養				
	件数	診療 日数	点数	一部負担金	件数	回数	金額	標準負担額 (公費分)	
請求	請求	入院			円			円	円
		入院外							
	※決定	入院							
		入院外							
請求	請求	入院							
		入院外							
	※決定	入院							
		入院外							
請求	請求	入院							
		入院外							
	※決定	入院							
		入院外							

備考

備考欄

区分	件数	日数	点数	一部負担金	食事 回数	金額	標準負担額	増減	点数
※後期高齢9割								増	
※後期高齢7割								減	

注意 ※の欄は記入しないこと。

平成 年 月 分

診療報酬請求書 (医科)

保険者コード \_\_\_\_\_

県番号 08 医療機関コード \_\_\_\_\_

保険者 殿

下記のとおり請求する。

保険医療機関の  
所在地及び名称  
開設者氏名

平成 年 月 日

国民健康保険

㊞

	療養の給付				食事療養・生活療養			
	件数	診療 実日数	点数	一部負担金	件数	回数	金額	標準負担額
一般(70歳以上) 一般(65歳以上) 一般(60歳以上) 一般(55歳以上)	請求	入院						
		入院外						
	※決定	入院						
		入院外						
一般被保険者	請求	入院						
		入院外						
	※決定	入院						
		入院外						
一般(65歳)	請求	入院						
		入院外						
	※決定	入院						
		入院外						
退職(本人)	請求	入院						
		入院外						
	※決定	入院						
		入院外						
退職(被扶養者)	請求	入院						
		入院外						
	※決定	入院						
		入院外						
退職(65歳)	請求	入院						
		入院外						
	※決定	入院						
		入院外						

注 意 ※の欄は記入しないこと。

保険者コード \_\_\_\_\_

県番号 08 医療機関  
コード \_\_\_\_\_

公費負担医療

		療養の給付				食事療養・生活療養			
		件数	診療 実日数	点数	一部負担金	件数	回数	金額	標準負担額 (公費分)
請求	入院				円			円	円
	入院外								
※決定	入院								
	入院外								
請求	入院								
	入院外								
※決定	入院								
	入院外								
請求	入院								
	入院外								
※決定	入院								
	入院外								
請求	入院								
	入院外								
※決定	入院								
	入院外								
請求	入院								
	入院外								
※決定	入院								
	入院外								

備考

区分	件数	日数	点数	一部負担金	食事 件数	食事 回数	金額	標準負担額	増 減	点数
※一般被保険者										
※退職者										

注意 ※の欄は記入しないこと。

備考 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。

保険医療機関の  
所在地及び名称  
電話番号  
開設者氏名

㊦

下記のとおり請求します。平成 年 月 日

入・外

区分	療養の給付				食事療養・生活療養			
	件数	診察 日数	点数	一部負担金	件数	回数	金額	標準負担額
医保(70以上一般・低所得)と公費の併用								
医保単独(七〇以上) 一般・低所得	01 (政)							
	02 (船) 職務上 職務外							
	03 (日)							
	04 (日特)							
	31~34(共) 下船3月 一般							
	06 (組)							
	63・72~75 (退)							
	小計							
医保(70以上7割)と公費の併用								
医保単独(七〇以上七割)	01 (政)							
	02 (船) 職務上 職務外							
	31~34(共) 下船3月 一般							
	06 (組)							
	63・72~75 (退)							
	小計							
医保本人と公費の併用								
医保単独(本人)	01 (政)							
	02 (船) 職務上 職務外							
	03 (日)							
	04 (日特)							
	31~34(共) 下船3月 一般							
	06 (組)							
	07 (自)							
	63・72~75 (退)							
小計								
医保家族と公費の併用								
医保単独(家族)	01 (政)							
	02 (船)							
	03 (日)							
	04 (日特)							
	31~34 (共)							
	06 (組)							
	63・72~75 (退)							
	小計							
医保(6歳)と公費の併用								
医保単独(六歳)	01 (政)							
	02 (船)							
	03 (日)							
	04 (日特)							
	31~34 (共)							
	06 (組)							
	63・72~75 (退)							
小計								
① 合計								

備考 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。

区 分		療 養 の 給 付			食 事 療 養 ・ 生 活 療 養				入・外
		件 数	診 療 突 発 日 数	点 数	一 部 負 担 金	件 数	回 数	金 額	標 準 負 担 額
公 費	公費と 医保の 併用	12 (生保)	/	/	/	/	/	/	/
		10 (感染症37の2)	/	/	/	/	/	/	/
		/	/	/	/	/	/	/	/
		/	/	/	/	/	/	/	/
		/	/	/	/	/	/	/	/
		/	/	/	/	/	/	/	/
		/	/	/	/	/	/	/	/
		/	/	/	/	/	/	/	/
		/	/	/	/	/	/	/	/
		/	/	/	/	/	/	/	/
負	公費と 公費の 併用	12 (生保)	/	/	/	/	/	/	/
		10 (感染症37の2)	/	/	/	/	/	/	/
		/	/	/	/	/	/	/	/
		/	/	/	/	/	/	/	/
担	公費 単独	12 (生保)	/	/	/	/	/	/	/
		11 (結核入院)	/	/	/	/	/	/	/
		20 (精神29)	/	/	/	/	/	/	/
		/	/	/	/	/	/	/	
		/	/	/	/	/	/	/	
② 合 計									
総件数①+②		件 請求金額			円				

備 考

保険医療  
機関番号

平成 年 月 分 診療報酬総括票

保険医療機関の  
所在地及び名称  
開設者氏名

区	分		件数	点数	食 件 数	食事療養 金額		※受付件数
	入	院外				円		
国	一般被	入院						
	保険者	院外						
保	退職者	入院						
		院外						
医	老人保健	入院						
		院外						
公	療費	福祉						受付日付印
	費	負担						
後	期	入院						
	期	院外						
後	期	医療						
	期	公費						