

○ 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	1 単	1 本	7 高入
医科	2 公	4 退	2 2 併	3 六 入	9 高入
			3 3 併	5 家 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

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	
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) (2) (3)	診療開始日	転帰	保険診療実日数 ①公費②
-----	-------------------	-------	----	-----------------

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	投薬	21 内服 22 屯服用 23 外用 24 調剤 26 麻毒基 27 調剤	単位	単位	単位
3 0	注射	31 皮下 32 静脈 33 その他	内	内	内
4 0	処置	薬 剤			
5 0	手術	麻酔 薬 剤			
6 0	検査	病 理 薬 剤			
7 0	画像	診 断 薬 剤			
8 0	その他	薬 剤			

グレーの着色部分は、省略が可能です。
ただし、以下については、その限りではありません。

- ①自動還付に係る受給者情報
※●山梨県自動還付AAAAAAAABBBBBB
- ②レセプト左上の公費欄に書ききれない公費情報
※公費を3つ以上併用している場合など
- ③被保険者の所得区分等の自己負担額を算出するうえで必要な情報
※低 I, 低 2 等

9 0	入院年月日	年 月 日	病 診	90 入院基本料・加算	点
入 院				× 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	特別	円× 回	基準(生)	円× 回
	生 活	食堂	円× 日	特別(生)	円× 回
		環境	円× 日	減・免・猶・I・II・3月超	

療 養 給 付	保 険 費 ①	公 費 ②	請 求 点	※ 決 定 点	負 担 金 額 円	保 険 費 ①	公 費 ②	請 求 円	※ 決 定 円	(標準負担額)円
			点	点	円	円	円	円	円	円
			点	点	円	円	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. ※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 期	1 単 独	2 本 外	8 高 外 1
医 科	国	4 退 職	2 2 併	4 六 外	0 高 外 7
	2 公 費		3 3 併	6 家 外	

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	
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)	(2)	(3)	診療開始日	転帰	診療実日数	保険公費①公費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	
	時間外		×	回	
	休日		×	回	
	深夜		×	回	
1 3	医学管理				
1 4	往 診		回		
	夜 間		回		
	深 夜・緊 急				
	在宅患者訪問診療				
	その 他				
	薬 剤				

グレーの着色部分は、省略が可能です。
ただし、以下については、その限りではありません。

①自動還付に係る受給者情報
※●山梨県自動還付AAAAAAAAABBBBBBB

②レセプト左上の公費欄に書ききれない公費情報
※公費を3つ以上併用している場合など

③被保険者の所得区分等の自己負担額を算出するうえで必要な情報
※低1, 低2 等

2 0	21 内 服	薬 剤	調 剤
	22 屯 服	薬 剤	調 剤
	23 外 用	薬 剤	調 剤
	25 処 方	毒 方	調 剤
	26 麻 毒	毒 方	調 剤
	27 調 毒	毒 方	調 剤
3 0	31 皮 下	筋 肉 内	
	32 静 脈	内	
	33 そ の 他		
4 0	処 置	薬 剤	
5 0	麻 酔	薬 剤	
6 0	検 査	理	回
7 0	画 診	像 断	回
8 0	処 方	せ ん	回
	そ の 他	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 子	
の 公 費		点	※	点			円
給 ① 公 費		点	※	点		円	※ 高 額 療 養 費 円
付 ②							※ 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

(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	高一
医科	2	公費	4	退職	3	3併	3	六入	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	10	9	8
給付割合	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

職務上の事由 1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害

特記事項

保険医療機関の所在地及び名称

分類番号	診断群分類区分	傷病名	ICD 10	傷病名	傷病名	副傷病名	副傷病名	転	診	保	日
傷病名		ICD 10	傷病名		傷病名	副傷病名		帰	療	険	日
副傷病名			副傷病名		副傷病名				実	公	日
今回入院年月日	平成 年 月 日	今回入院年月日	平成 年 月 日	今回退院年月日	平成 年 月 日	今回退院年月日	平成 年 月 日		日	費①	日
									数	公	日
									費②	費②	

傷病情報	包括評価
入退院情報	
患者基礎情報	
診療関連情報	

グレーの着色部分は、省略が可能です。
ただし、以下については、その限りではありません。

①自動還付に係る受給者情報
※●山梨県自動還付AAAAAAAAABBBBBBB

②レセプト左上の公費欄に書ききれない公費情報
※公費を3つ以上併用している場合など

③被保険者の所得区分等の自己負担額を算出するうえで必要な情報
※低 I, 低 2 等

※高額療養費	円	※公費負担点数	点
食 事	円×	※公費負担点数	点
基準	円×		
特別	円×		
食堂	円×		
減・免・猶・I・II・3月超			
請求点	※	決定点	
負担金額	円	負担金額	円
減額 割(円)免除・支払猶予	円	減額 割(円)免除・支払猶予	円
療養の給付	円	療養の給付	円
費①	円	費①	円
費②	円	費②	円

診療報酬明細書
(歯科入院)

都道府県番号 医療機関コード

3 歯科	1 社 2 公費	3 後 4 退職	1 単 2 2併 3 3併	1 本 3 六 5 家	入 入 入	7 高入 9 高入
---------	-------------	-------------	---------------------	-------------------	-------------	--------------

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	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) (2) (3)	診療開始日	転帰	保険診療実日数 ①公費②
-----	-------------------	-------	----	-----------------

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 22 屯服 23 外用 24 調剤 26 麻毒 27 調基	単位	単位	単位
30	注射	31 皮下 32 静脈 33 その他	回		
40	処置	薬 剤			
50	手術	麻酔 薬 剤			
60	検査	理 薬 剤			
70	画像	断 薬 剤			
80	その他	薬 剤			

グレーの着色部分は、省略が可能です。
ただし、以下については、その限りではありません。

①自動還付に係る受給者情報
※●山梨県自動還付AAAAAAAAABBBBBBB

②レセプト左上の公費欄に書ききれない公費情報
※公費を3つ以上併用している場合など

③被保険者の所得区分等の自己負担額を算出するうえで必要な情報
※低I, 低2 等

90	入院	入院年月日 病診 90 入院基本	× 日間 × 日間 × 日間	92 特定入院料・その他
----	----	---------------------	----------------------	--------------

97	基準 食事・生活	円× 回 円× 回 円× 日 円× 日	※高額療養費	円	※公費負担点数	点
	特別 食堂	円× 回 円× 日	※公費負担点数	点	基準(生)	円× 回
	環境	円× 日	特別(生)	円× 回	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	請求 円	※決定 円	(標準負担額)円
公費①	点	※	円	食・生活療養費	円	※	円
公費②	点	※	円	公費①	円	※	円
			減額 割(円)免除・支払猶予	公費②	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。

○ 訪問看護療養費明細書

都道府
県番号

訪問看護ステーションコード

平成 年 月 分

6	1 社・国	3 老人	1 単独	2 本外	8 高外9
訪問	2 公費	4 退職	2 2併 3 3併	4 三外 6 家外	0 高外7

市町村		老人受	
公負①		公受①	
公負②		公受②	

保険者 番号		給付 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
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	

訪問看護ス
テーション
の住所及び
名称

心身の状態	訪問開始 年月日	年 月 日	日	実 日	保 険 給 付 日	日
	訪問終了 年月日時刻	年 月 日 午前 午後 時 分	日	数	日	日
主たる傷病名	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 年月日 午前 午後 時 分	場所 1 自宅 2 施設 3 病院 4 診療所 5 その他 ()			
指示期間	指示機関	年 月 日 ~ 年 月 日				
	(特別指示期間)	年 月 日 ~ 年 月 日				

基本療養費 (I) 及び (III) (公費分金額)	⑪ 看護師等	円 × 日	円	円	⑪ 管理療養費	円 + 円 × 日 円	円
	⑫ 准看護師	円 × 月	円	円	⑫ 24時間対応体制加算・24時間連絡体制加算		円
	⑬ 看護師等						円
	⑭ 准看護師						円
	⑮ 難病等複数回訪問						円
	⑯ 緊急訪問看護加算						円
	⑰ 長時間訪問看護加算						7
	⑱ 乳幼児加算						14
	⑲ 乳児加算						21
	⑳ 複数名訪問看護加算						28
⑩ 基本療養費 (II)	⑲ 保健師、看護師、作業療法士 円 × 日	円	円	円	提供した情報の概要	年 月 日	
	⑳ 延長時間加算 円 × 時間	円	円	円	情報提供先の市(区)町村等の名称		
⑪ 情報提供療養費		円	円	円	特記事項		
⑫ ターミナルケア療養費		円	円	円	1 他① 2 他② 3 従 4 特地 5 介 6 支援		

グレーの着色は、省略が可能です。
ただし、以下については、その限りではありません。

①自動還付に係る受給者情報
※●山梨県自動還付AAAAAAAAABBBBBBBB

②レセプト左上の公費欄に書ききれない公費情報
※公費を3つ以上併用している場合など

③被保険者の所得区分等の自己負担額を算出するうえで必要な情報
※低1, 低2 等

保 険 合 計	請求	円 ※ 決 定 円	負担金額	円	※高額療養費	円
	公費①	円 ※	減額 割 (円) 免除・支払猶予	円	※公費負担金額	円 備考
	公費②	円 ※		円	※公費負担金額	円