

○ 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・国	3 後期	1 単独	1 本入	7 高入1
医科	2 公費	4 退職	2 2 併	3 六入	9 高入7
			3 3 併	5 家入	

平成 年 月 分

様式第二(一)(一)

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	(1) 年 月 日 (2) 年 月 日 (3) 年 月 日	転治ゆ 死亡 中止	保険診療公費①公費②	日 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	2 1 内服 2 2 外用 2 3 外用 2 4 調剤 2 6 麻毒 2 7 調基	単位 単位 単位 日 日 日		
3 0	注射	3 1 皮下 3 2 静脈 3 3 その他	肉内 内 他	回 回 回	
4 0	処置	薬 剤		回	
5 0	手術	麻酔 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 × 日間 × 日間 × 日間 × 日間 92 特定入院料・その他		点	

※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・生活	円× 回	基準(生)	円× 回
環境	円× 日	特別(生)	円× 回
	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	減額割(円)免除・支払猶予	円	保険給付	請求点	※決定点	円	(標準負担額) 円
公費①	点	※	点	円		公費①	点	※	円	円
公費②	点	※	点	円		公費②	点	※	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

平成 年 月 分

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

様式第二(二)

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	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 . . 生		
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	(1) 年 月 日	転	治ゆ	死亡	中止	診療実日数	日
	(2) 年 月 日					①公費	日
	(3) 年 月 日	帰				②公費	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	
	深夜・緊急			回	
	在宅患者訪問診療			回	
	その他				
	薬剤				
2 0	21 内服調剤	×		単位	
	22 屯服薬			単位	
	23 外用調剤			単位	
	25 処方	×		回	
	26 麻毒			回	
	27 調基				
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			回	
	麻酔				
6 0	検査			回	
	病理				
7 0	画像			回	
	診断				
8 0	処方せん			回	
	その他				
	薬剤				

療養の給付	請求点	※ 決定点	一部負担金額	円
			減額 割(円)免除・支払猶予	
	点	※ 点		円
	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

(医科入院医療機関別包括評価用)

都道府 医療機関コード
県番号

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	2 2 併	3 六 入	
			3 3 併	5 家 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							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							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 . . 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				転	診療日	
					帰	保険実日	
傷病名	ICD 10	傷病名				診療日	
副傷病名		副傷病名				実日	
今回入院年月日	平成	年	月	日	今回退院年月日	平成	年 月 日

患者基礎情報	傷病情報		包括評価部分					
	入院情報							
	診療関連情報							
	※高額療養費			円	※公費負担点数			点
食 事	基準	円×	回	円	※公費負担点数			点
	特別	円×	回					
	食堂	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	請求点	※	決定円		(標準負担額)円
					減額 割(円)免除・支払猶予	円					
	費①					円				円	円
	費②					円				円	円