

(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 師 登 録 申 請 書	
※登録年	※登録月日		
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)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	年 月 日生	男・女
		明・大・昭・平・令	

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



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。

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		.	
受診者	氏名			有効期限		令和 年 月 日	
	生年月日 <small>明大昭平令</small> 年 月 日生 男・女			被保険者氏名			
	住 所 電話 局 番			資格取得		昭和 平成 令和 年 月 日	
	職 業 被保険者との続柄			所在地 電話 局 番		名 称	
				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	
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 月 日 日間	年 月 日	自 月 日 日間			
		自 月 日 日間	年 月 日	自 月 日 日間			
		自 月 日 日間	年 月 日	自 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	公費負担者番号						
	公費負担医療の受給者番号						

(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)

備考 この用紙は、B列5番とすること。

歯 科 診 療 録

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)

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		.	
受 診 者	氏 名			有効期限		令和 年 月 日	
	生年月日 <small>明大昭平令</small>			被保険者氏名		昭和 平成 令和 年 月 日	
	住 所 電話 局 番			資格取得		昭和 平成 令和 年 月 日	
	職 業 被保険者との続柄			所在地 名 称		電話 局 番	
所在地 名 称		所在地 電話 局 番		所在地 電話 局 番		名 称	
部 位	傷 病 名	職 務	開 始	終 了	転 帰	<div style="text-align: center;">上</div> <div style="text-align: center;">右 ————— 左</div> <div style="text-align: center;">下</div>	
— —		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			
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 日間	年 月 日		自 至	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							

備考 この用紙は、B列5番とすること。

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。） <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 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 回数

様式第二号の二(第二十三条関係)

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。) <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 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。

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 _____

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條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)
 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條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二百二十六号)の一部を次のように改正する。
 様式第一中「(五)」を「(六)」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 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 家人		7 高入 9 高入	
令和 年 月 分										保険者番号								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													
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										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													
傷病名										診療開始日													
(1)										(1) 年 月 日 転 治 止 診 保													
(2)										(2) 年 月 日 治 止 診 保													
(3)										(3) 年 月 日 治 止 診 保													
1 1 初 診										時間外・休日・深夜													
1 3 医学管理										回 点 公費点数													
1 4 在宅																							
2 0 投 薬										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 毒 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										回													
5 0 手術										回													
6 0 検査										回													
7 0 画像										回													
8 0 その他										回													
9 0 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													
※高額療養費										円 ※公費負担点数 点													
9 7 基準特別食生活										円×回 ※公費負担点数 点 円×回 基準(生) 円×回 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 保険 回 請求 円 ※ 決定 円 (標準負担額) 円													
公費①										点 ※ 点 円 ※ 円 円													
公費②										点 ※ 点 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。

様式第二(一一)

○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	社・国	3	後 期	1	単 独	2	本 外	8	高外一
2	公 費	4	退 職	2	2 併	4	六 外		
				3	3 併	6	家 外	0	高外7
								10	9 8
								7	()

令和 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
-------	------

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 5令 . . . 生	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

傷病名	(1)	年 月 日	転	治ゆ	死亡	中止	診療実日数	保険公費①公費②	日
	(2)	年 月 日							日
	(3)	年 月 日							日

11	初 診	時間外・休日・深夜	回	点	公費点数
12	再 診		×	回	
12	再 診	外来管理加算	×	回	
12	再 診	時間外	×	回	
12	再 診	休日	×	回	
12	再 診	深夜	×	回	
13	医学管理				
14	往 診			回	
14	在 診	深夜・緊急		回	
14	在 診	在宅患者訪問診療		回	
14	在 診	その他		回	
20	投 薬	21 内服薬調剤	×	回	
20	投 薬	22 屯服薬調剤		回	
20	投 薬	23 外用薬調剤	×	回	
20	投 薬	25 処方	×	回	
20	投 薬	26 麻 毒		回	
20	投 薬	27 調 基		回	
30	注 射	31 皮下筋肉内		回	
30	注 射	32 静 脈 内		回	
30	注 射	33 その他		回	
40	処 置	薬 剤		回	
50	手 術	麻 酔		回	
60	検 査	理 療		回	
70	面 診	断 断		回	
80	その他	処方せん		回	
80	その他	薬 剤		回	

療養給付	請求点	※	決定点	一部負担金額	円
				減額 割(円)免除・支払猶予	円
				円	※ 高額療養費 円
				円	※ 公費負担点数 点
				円	※ 公費負担点数 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。

様式第三

診療報酬明細書

都道府県番号 医療機関コード

Table with 8 columns: 3 歯科, 1 社・国 2 公費, 3 後期 4 退職, 1 単独 2 2併 3 3併, 2 本外 4 六外 6 家外, 8 高外一 0 高外7, 10987()

令和 年 月 分

Table with 2 columns: 公費負担者番号, 公費負担医療の受給者番号

Table with 2 columns: 保険者番号, 被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号

Table with 3 columns: 氏名 (1男 2女 1明 2大 3昭 4平 5令 . . . 生), 特記事項, 届出 (補管 歯初診)

Table with 1 column: 保険医療機関の所在地及び名称

Table with 2 columns: 傷病名部位, 診療開始日 (年月日), 診療日数 (日), 転帰 (治癒, 死亡, 中止)

Main procedure table with columns: 初診, 再診, 管理・リハ, 投薬・注射, X線検査, 処置・手術, 麻酔

Detailed dental procedure table with columns: 補診, 歯冠形成, 支台構築, 修復及び欠損補綴

Summary table with columns: 公費分, 請求点数, 患者負担額 (公費), 高額療養費

様式第四中「本項」を「本項」に改める。
様式第五を次のように改める。

○ 調剤報酬明細書

都道府県番号 _____ 薬局コード _____
令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

4 調剤	1 社・国 2 公費	3 後職 4 退職	1 単 2 併 3 併	2 本 4 外 6 家外	8 高外一 0 高外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		公費負担医療の受給者番号②	

保険番号		給付割合	1098 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 5令 . . . 生	特記事項	保険薬局の所在地及び名称
職務上の事由	1職務上 2下船後3月以内 3通勤災害		
保険医療機関の所在地及び名称		保険医氏名	

調剤番号	処方月日	調剤月日	処方 医薬品名・規格・用量・剤形・用法	調剤数量	調剤報酬点数			公費分点数
					調剤料	薬剤料	加算料	
.	.	.	.	点	点	点	点	点
.	.	.	.					
.	.	.	.					
.	.	.	.					
.	.	.	.					
.	.	.	.					
.	.	.	.					
.	.	.	.					
.	.	.	.					
.	.	.	.					
.	.	.	.					
.	.	.	.					
.	.	.	.					
.	.	.	.					
.	.	.	.					
.	.	.	.					
.	.	.	.					
.	.	.	.					
.	.	.	.					
.	.	.	.					
.	.	.	.					
.	.	.	.					
.	.	.	.					

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 点	時間外等加算 点	薬学管理料 点
公費①	点	減額 割(円) 免除・支払猶予 円	点	点	点
公費②	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。

様式第十

様式第六から様式第九までの様式中「五号」を「四号」に改める。
様式第十を次のように改める。

○ 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

令和 年 月 分

1 医科	1 社・国	3 後期	1 単独	1 本入	7 高一
2 公費	4 退職	2 2併	3 3併	3 六入	9 高入7
10 9 8					給付割合
7 ()					

保険者番号

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

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 傷病名 傷病名

副傷病名 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 入退院情報 患者基礎情報 診療関連情報

包括評価部分 出来高部分

※高額療養費 円 ※公費負担点数 点

食事 基準特別食堂 円× 円× 円× 円× 円× 円×

減・免・猶・I・II・3月超

保 請 求 点 ※ 決 定 点	負 担 金 額 円	保 回 請 求 円	※ 決 定 円	(標準負担額)円
療 養 の 給 付 公 費 ① 公 費 ②	減 額 割 (円) 免 除 ・ 支 払 猶 子	食 療 費 ① 公 費 ②	円	円

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「五号」を「四号」に改める。

様式第四を次のように改める。

○ 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		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 7	
令和 年 月 分										保 險 者 番 号		給 付 1 0 9 8 7 ()	
公費負担者番号①										公費負担医療受給者番号①			
公費負担者番号②										公費負担医療受給者番号②			
氏 名										特 記			
訪問した住所										訪問看護ステーションの住所及び名称			
職務上の事由										1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害			
主たる傷病名										主治医の属する医療機関の名称		保 險 日	
1. 2. 3.										主治医の氏名		実 日 数 ① 公 費 日 ② 公 費 日	
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										訪問開始年月日		年 月 日	
該当する疾病等										訪問終了年月日時刻		年 月 日 午前・午後 時 分	
心身の状態										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 ()	
指示期間										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 (特別指示期間) 年月日～年月日 / 年月日～年月日										③④ 基本療養費 (I) 及び (III)		(公費分金額)	
指示期間 (精神特別指示期間) 年月日～年月日 / 年月日～年月日										① 看護師等 (週3日目まで30分未満)		円 × 日	
⑩ 基本療養費 (I) 及び (II)										② 作業療法士 (週3日目まで30分未満)		円 × 日	
⑪ 看護師等 (週3日目まで)										③ 准看護師 (週3日目まで30分未満)		円 × 日	
⑫ 理学療法士等 (週3日目まで)										④ 看護師等 (週3日目まで30分未満)		円 × 日	
⑬ 看護師等 (週3日目まで)										⑤ 作業療法士 (週3日目まで30分未満)		円 × 日	
⑭ 准看護師 (週3日目まで)										⑥ 看護師等 (週3日目まで30分未満)		円 × 日	
⑮ 難病等複数回訪問加算										⑦ 緊急訪問看護加算		円 × 日	
⑯ 緊急訪問看護加算										⑧ 長時間訪問看護加算		円 × 日	
⑰ 長時間訪問看護加算										⑨ 複数名訪問看護加算		円 × 日	
⑱ 複数名訪問看護加算										⑩ 看護師等 (1日1回)		円 × 日	
⑲ 看護師等 (1日1回)										⑪ 理学療法士等 (1日1回)		円 × 日	
⑳ 理学療法士等 (1日1回)										⑫ 准看護師 (1日1回)		円 × 日	
㉑ 准看護師 (1日1回)										⑬ 看護補助者 (ハ) (1日1回)		円 × 日	
㉒ 看護補助者 (ハ) (1日1回)										⑭ 看護補助者 (ニ) (1日1回)		円 × 日	
㉓ 看護補助者 (ニ) (1日1回)										⑮ 看護補助者 (ニ) (1日2回)		円 × 日	
㉔ 看護補助者 (ニ) (1日2回)										⑯ 看護補助者 (ニ) (1日3回以上)		円 × 日	
㉕ 看護補助者 (ニ) (1日3回以上)										⑰ 夜間・早朝訪問看護加算		円 × 日	
㉖ 夜間・早朝訪問看護加算										⑱ 深夜訪問看護加算		円 × 日	
㉗ 深夜訪問看護加算										⑲ 基本療養費 (III)		円 × 回	
㉘ 基本療養費 (III)										㉑ 看護師等		円 × 回	
㉙ 看護師等										㉒ 理学療法士等		円 × 回	
㉚ 理学療法士等										50 管理療養費		円 × 日	
50 管理療養費										51 24時間対応体制加算		円 × 日	
51 24時間対応体制加算										52 特別管理加算		円 × 日	
52 特別管理加算										53 退院時共同指導加算		円 × 回	
53 退院時共同指導加算										54 特別管理指導加算		円 × 回	
54 特別管理指導加算										55 退院支援指導加算		円 × 回	
55 退院支援指導加算										56 在宅患者連携指導加算		円 × 回	
56 在宅患者連携指導加算										57 在宅患者緊急時等カンファレンス加算		円 × 回	
57 在宅患者緊急時等カンファレンス加算										58 精神科重症患者支援管理連携加算		円 × 回	
58 精神科重症患者支援管理連携加算										59 看護・介護職員連携強化加算		円 × 回	
59 看護・介護職員連携強化加算										60 情報提供療養費		円 × 回	
60 情報提供療養費										70 ターミナルケア療養費		円 × 回	
70 ターミナルケア療養費										主治医への直近報告年月日		年 月 日	
主治医への直近報告年月日										情報提供先		1 市(区)町村等 2 学校 3 医療機関等	
情報提供先										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	
訪問日										特記事項		1 他① 2 他② 3 従 4 特 5 介 6 支 7 同 8 同 9 退 10 連	
特記事項										負担金額		円	
負担金額										減額 割 (円) 免除・支払い猶予		円	
減額 割 (円) 免除・支払い猶予										※高額の療養費		円	
※高額の療養費										① 公費		円 ※公費負担金額 円 備 考	
① 公費										② 公費		円 ※公費負担金額 円	
② 公費													

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。