（保 39）Ｆ

令和元年５月１５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３１年４月２２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）

＜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（昭和二十二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。

様式第二号（第十二条関係）

（表　　面）

保　　険　　医
保　険　薬　剤　師　　登　録　申　請　書

※ 登録の記号及び番号	
※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				
④ 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　印

備　考　この用紙は、Ｂ列７番とすること。

様式第四号（第十四条関係）

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

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）

第二十二条　保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和三十二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　（第二十二条関係）

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								被保険者証	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		

傷病名	職務	開始	終了	転帰	期間満了予定日
	上・外	年　月　日	年　月　日	治ゆ・死亡・中止	年　月　日
	上・外	年　月　日	年　月　日	治ゆ・死亡・中止	年　月　日
	上・外	年　月　日	年　月　日	治ゆ・死亡・中止	年　月　日
	上・外	年　月　日	年　月　日	治ゆ・死亡・中止	年　月　日
	上・外	年　月　日	年　月　日	治ゆ・死亡・中止	年　月　日
	上・外	年　月　日	年　月　日	治ゆ・死亡・中止	年　月　日
	上・外	年　月　日	年　月　日	治ゆ・死亡・中止	年　月　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 至　月　日　日間	年　月　日	自　月　日 至　月　日　日間
	自　月　日 至　月　日　日間	年　月　日	自　月　日 至　月　日　日間
	自　月　日 至　月　日　日間	年　月　日	自　月　日 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		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。

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）

歯　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					被保険者証 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	年 月 日	年 月 日	
		上・外	年 月 日	年 月 日	
		上・外	年 月 日	年 月 日	
		上・外	年 月 日	年 月 日	
		上・外	年 月 日	年 月 日	
		上・外	年 月 日	年 月 日	
		上・外	年 月 日	年 月 日	
		上・外	年 月 日	年 月 日	
		上・外	年 月 日	年 月 日	
		上・外	年 月 日	年 月 日	
		上・外	年 月 日	年 月 日	

上
右　左
下

〔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　月　日 至　月　日　日間	年　月　日	自　月　日 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		
	生年月日	明 大 昭 平 令　年　月　日	男・女
	区分	被保険者	被扶養者

保険医療機関の所在地及び名称

電話番号

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こと。

様式第二号の二（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。）

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　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こと。

様式第二号の二

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＿＿＿＿＿＿＿＿　ＦＡＸ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）

第七条　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「平成」を「令和」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）

令和　　年　　月分

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高入一 9高入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					

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 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	

保険医療機関の所在地及び名称

傷病名		診療開始日		転帰				診療実日数	
	(1)		(1)　年　月　日		治ゆ	死亡	中止	保険	日
	(2)		(2)　年　月　日					公費①	日
	(3)		(3)　年　月　日					公費②	日

			公費分点数
11 初診	時間外・休日・深夜　回　点		
13 医学管理			
14 在宅			
20 投薬	21 内服	単位	
	22 屯服	単位	
	23 外用	単位	
	24 調剤	日	
	26 麻毒	日	
	27 調基		
30 注射	31 皮下筋肉内	回	
	32 静脈内	回	
	33 その他	回	
40 処置		回	
	薬剤		
50 手術 麻酔		回	
	薬剤		
60 検査 病理		回	
	薬剤		
70 画像診断		回	
	薬剤		
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	

※高額療養費　円	※公費負担点数　点
97 食事・生活 基準　円×　回	※公費負担点数　点
特別　円×　回	基準(生)　円×　回
食堂　円×　日	特別(生)　円×　回
環境　円×　日	減・免・猶・Ⅰ・Ⅱ・3月超

療養の給付					食事・生活療養				
保険	請求　点	※決定　点	負担金額　円 減額 割(円)免除・支払猶予		保険	回	請求　円	※決定　円	(標準負担額)円
公費①	点	※　点	円		公費①	回	円	※　円	円
公費②	点	※　点	円		公費②	回	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（二）

○診療報酬明細書
（医科入院外）

令和　年　月分

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	2 本外 4 六外 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	1男 2女　1明 2大 3昭 4平 5令　．．生	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		転帰		診療実日数	
	(1)		(1)　年　月　日		治ゆ　死亡　中止	保険	日
	(2)		(2)　年　月　日			公費①	日
	(3)		(3)　年　月　日			公費②	日

				公費分点数
11	初診	時間外・休日・深夜	回　点	
12 再診	再診	×	回	
	外来管理加算	×	回	
	時間外	×	回	
	休日	×	回	
	深夜	×	回	
13	医学管理			
14 在宅	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			
20 投薬	21 内服 薬剤		単位	
	内服 調剤	×	回	
	22 屯服 薬剤		単位	
	23 外用 薬剤		単位	
	外用 調剤	×	回	
	25 処方	×	回	
	26 麻毒		回	
	27 調基			
30 注射	31 皮下筋肉内		回	
	32 静脈内		回	
	33 その他		回	
40 処置			回	
	薬剤			
50 手術 麻酔			回	
	薬剤			
60 検査 病理			回	
	薬剤			
70 画像 診断			回	
	薬剤			
80 その他	処方せん		回	
	薬剤			

療養の給付						
保険	請求　点	※決定　点	一部負担金額　円 減額 割(円)免除・支払猶予			
公費①	点	※　点	円			
公費②	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、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

○　（歯科）　令和　年　月分

都道府県番号　医療機関コード

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	

公費負担者番号	公費負担医療の受給者番号
―	―

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	届出
1男 2女 1明 2大 3昭 4平 5令 ・ ・ 生		補管 歯初診
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

傷病名部位	診療開始日	年　月　日
	診療実日数	日（　日）
	転帰	治癒　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 × ×	歯リ	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 ×	基本検査 ×	精密検査 ×	その他		
標 × ×	S培 ×	顎運動 ×		×	×			
パ × ×	EMR × × × ×			×	×			

処置・手術																
う蝕 ×	保護処置 × × ×	填塞 × ×	知覚過敏 × ×	咬調 × ×												
抜髄 × ×	感根処 × ×	根貼 × ×	根充 × ×	加圧根充 × × × ＋ ×	生切 × ×	除去 × × ×	F局	T.cond ×	歯清							
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							
抜歯 乳 ×	前 × ＋ ×	臼 × ＋ ×	埋 × ＋ ×	切開 × ×												
その他																

麻酔	伝麻 ×	浸麻 ×	その他

歯冠修復及び欠損補綴																
補診 × ×	維持管理 × × ×	（窩洞） × × ＋ × ＋ ×	印象 × × × × × × × ×													
歯冠形成（生単） 前C × 金硬 × 乳 ×	（失単） 前C × ＋ × 金硬 × ＋ × 乳 ×	TeC × 修理 ×	咬合 × × × × × ×													
（生ブ） 前接 × ＋ × 金 × ＋ ×	（失ブ） 前 × ＋ × ＋ × 金 × ＋ × ＋ ×	試適 × × × × ×														
支台印象 ×	支台築造 メタル 前小 × 大 ×	その他 前小 × 大 ×	修形 ×	充形 × ＋ ×												
金属歯冠修復 乳前小銀 × × × × × ×	硬ジ × ×	充填1 ×	材充Ⅰ × ×													
前小パ × × × × × ×	乳 × ×	充填1 ×	材充Ⅰ × ×													
大パ × × × ×	仮着 × ×	充填2 ×	材充Ⅱ × ×													
大銀 × × × ×	装着 × ＋ ×	充填2 ×	材充Ⅱ × ×													
ポンティック 前装 パ前 × 銀前 ×	鋳造 パ大 ×	CAD 小 ×	装着 × ×	リテイナー × ×												
パ小 × 銀小 ×	パ小 ×	CAD 大 ×	材料 × ×	Br装着 × ×												
パ大 × 銀大 ×	銀 ×	パー鋳 パ ×	コ ×	屈曲 不特 × 保 ×												
有床義歯 1～4歯 × 5～8歯 × 9～11歯 × 12～14歯 × 総義歯 ×	床 × 適合 × ×	鋳造 14K 鉤 双大 × 双小 × 腕大 × 腕大小 × 腕前 ×	パ 双大 × 双小 × 腕大 × 腕大小 × 腕前 ×	線鉤 14K 双 × レストアリ × 双 × ヨ 腕 ×	不・特 双 × レストアリ × 床修理 × ＋ × ＋ × × ＋ × ＋ × × ＋ × ＋ ×	レストナシ × 間接 ×	人工歯 × × × × × × × ×									
その他																

その他	

摘要	公費分点数	請求	点	合計	点
		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 免除・支払猶予

様式第四中「平成」を「令和」に改める。
様式第五を次のように改める。

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

4 調剤	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

公費負担者番号①		公費負担医療の受給者番号①		保険者番号		給付割合	10 9 8 7（　）
公費負担者番		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	

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

都道府県番号　点数表番号　医療機関コード

保険医氏名　1　2　3　4　5　6　7　8　9　10

受付回数　保険　回　公費①　回　公費②　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	調剤報酬点数 調剤料	薬剤料	加算料	公費分点数
	・	・		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
保険			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）
令和　年　月分

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高入一 9高入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						

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　1男 2女 1明 2大 3昭 4平 5令 ・ ・ 生

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

分類番号　診断群分類区分　転帰

診療実日数　保険　日　公費①　日　公費②　日

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

患者基礎情報
傷病情報
入退院情報
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　円×　回　※公費負担点数　点
特別食堂　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	食事療養	回	請求円	※決定円	(標準負担額)円
保険				保険				
公費①	点	※ 点	円	公費①	回	円	円	円
公費②	点	※ 点	円	公費②	回	円	円	円

（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）

第八条　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（平成二十年厚生労働省告示第百二十七号）の一部を次のように改正する。

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

令和　年　月分　都道府県番号　訪問看護ステーションコード

6 訪問	1 社・国 2 公費	3 後期 4 退職	1 単独 2 2併 3 3併	2 本人 4 六歳 6 家族	8 高齢一 0 高齢7

－	－	保険者番号	給付 10 9 8 7（　）
公費負担者番号 ①	公費負担医療受給者番号 ①	被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号	
公費負担者番号 ②	公費負担医療受給者番号 ②		

氏名	1男 2女 1明 2大 3昭 4平 5令　・　・　生	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	

訪問看護ステーションの住所地及び名称

主たる傷病名	1. 2. 3.	主治医の属する医療機関の名称	実日数 保険 日
		主治医の氏名	実日数 ① 公費 日
心身の状態	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
		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（　）

実日数 ② 公費 日

指示期間				
	指示期間	年 月 日～	年 月 日 ／	年 月 日～　年 月 日
	（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

					（公費分金額）
⑩ 基本療養費（Ⅰ）及び（Ⅱ）					
基本療養費	⑪ 看護師等	（週３日目まで）	円 ×	日 円	円
		（週４日目以降）	円 ×	日 円	円
	理学療法士等	（週３日目まで）	円 ×	日 円	円
		（週４日目以降）	円 ×	日 円	円
	専門の研修を受けた看護師		円 ×	日 円	円
	⑫ 准看護師	（週３日目まで）	円 ×	日 円	円
		（週４日目以降）	円 ×	日 円	円
	⑬ 看護師等	（週３日目まで）	円 ×	日 円	円
		（週４日目以降）	円 ×	日 円	円
	（３人以上）	（週３日目まで）	円 ×	日 円	円
		（週４日目以降）	円 ×	日 円	円
	理学療法士等	（週３日目まで）	円 ×	日 円	円
		（週４日目以降）	円 ×	日 円	円
	（３人以上）	（週３日目まで）	円 ×	日 円	円
		（週４日目以降）	円 ×	日 円	円
	専門の研修を受けた看護師		円 ×	日 円	円
	⑭ 准看護師	（週３日目まで）	円 ×	日 円	円
		（週４日目以降）	円 ×	日 円	円
	（３人以上）	（週３日目まで）	円 ×	日 円	円
		（週４日目以降）	円 ×	日 円	円
	⑮ 難病等複数回訪問加算		円 ×	日 円	円
			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				
	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	㊿ 管理療養費				
	円 ＋		円 ×	日 円	円
	㊿② 24時間対応体制加算			円	円
	㊿③ 特別管理加算			円	円
	㊿④ 退院時共同指導加算		円 ×	回 円	円
	特別管理指導加算		円 ×	回 円	円
	㊿⑤ 退院支援指導加算			円	円
	㊿⑥ 在宅患者連携指導加算			円	円
	㊿⑦ 在宅患者緊急時等カンファレンス加算				
			円 ×	回 円	円
	㊿⑧ 精神科重症患者支援管理連携加算			円	円
	㊿⑨ 看護・介護職員連携強化加算			円	円
⑥⓪ 情報提供療養費				円	円
⑦⓪ ターミナルケア療養費				円	円

㉚ 精神科基本療養費（Ⅰ）及び（Ⅲ）						（公費分金額）
精神科基本療養費	㉛ 看護師等	（週３日目まで30分未満）	円 ×	日	円	円
		（週３日目まで30分以上）	円 ×	日	円	円
		（週４日目以降30分未満）	円 ×	日	円	円
		（週４日目以降30分以上）	円 ×	日	円	円
	㉜ 作業療法士	（週３日目まで30分未満）	円 ×	日	円	円
		（週３日目まで30分以上）	円 ×	日	円	円
		（週４日目以降30分未満）	円 ×	日	円	円
		（週４日目以降30分以上）	円 ×	日	円	円
	㉝ 准看護師	（週３日目まで30分未満）	円 ×	日	円	円
		（週３日目まで30分以上）	円 ×	日	円	円
		（週４日目以降30分未満）	円 ×	日	円	円
		（週４日目以降30分以上）	円 ×	日	円	円
	㉞ 看護師等	（週３日目まで30分未満）	円 ×	日	円	円
		（週３日目まで30分以上）	円 ×	日	円	円
		（週４日目以降30分未満）	円 ×	日	円	円
		（週４日目以降30分以上）	円 ×	日	円	円
	（３人以上）	（週３日目まで30分未満）	円 ×	日	円	円
		（週３日目まで30分以上）	円 ×	日	円	円
		（週４日目以降30分未満）	円 ×	日	円	円
		（週４日目以降30分以上）	円 ×	日	円	円
	㉟ 作業療法士	（週３日目まで30分未満）	円 ×	日	円	円
		（週３日目まで30分以上）	円 ×	日	円	円
		（週４日目以降30分未満）	円 ×	日	円	円
		（週４日目以降30分以上）	円 ×	日	円	円
	（３人以上）	（週３日目まで30分未満）	円 ×	日	円	円
		（週３日目まで30分以上）	円 ×	日	円	円
		（週４日目以降30分未満）	円 ×	日	円	円
		（週４日目以降30分以上）	円 ×	日	円	円
	㊱ 准看護師	（週３日目まで30分未満）	円 ×	日	円	円
		（週３日目まで30分以上）	円 ×	日	円	円
		（週４日目以降30分未満）	円 ×	日	円	円
		（週４日目以降30分以上）	円 ×	日	円	円
	（３人以上）	（週３日目まで30分未満）	円 ×	日	円	円
		（週３日目まで30分以上）	円 ×	日	円	円
		（週４日目以降30分未満）	円 ×	日	円	円
		（週４日目以降30分以上）	円 ×	日	円	円
	㊲ 緊急訪問看護加算		円 ×	日	円	円
	㊳ 長時間訪問看護加算		円 ×	日	円	円
	㊴ 複数名訪問看護加算					
	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
	㊵ 夜間・早朝訪問看護加算		円 ×	日	円	円
	㊶ 深夜訪問看護加算		円 ×	日	円	円
	㊷ 精神科複数回訪問加算		円 ×	日	円	円
基本療養費（Ⅳ）						
	㊸ 看護師等		円 ×	回	円	円
	作業療法士		円 ×	回	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				

特記事項
1 他①
2 他②
3 従
4 特地
5 介
6 支援
7 同一日
8 同一緊急
9 退支
10 連

合計					
保険	請求　円	※ 決定　円	負担金額　円 減額　割（円）免除・支払い猶予		※高額療養費
① 公費	円	※　円	円	※公費負担金額　円	備考
② 公費	円	※　円	円	※公費負担金額　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。