

○厚生労働省告示第百五十九号

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（昭和五十一年厚生省令第三十六号）第七條第三項の規定に基づき、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百二十六号）の一部を次のように改正し、平成二十四年四月一日から適用する。ただし、この告示の適用の際現に存するこの告示による改正前の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様式第三、様式第四、様式第七及び様式第九に規定する様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

平成二十四年三月二十六日

厚生労働大臣 小宮山洋子

様式第三を次のように改める。



# 診療報酬明細書

都道府県 医療機関コード  
番号

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

様式第三

○ (歯科) 平成 年 月 分

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	10987( )
-------	--	------	----------

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 生			補管・歯援診・外来環 GTR・医管・在歯管 う蝕無痛・特連・手術歯根 歯技工・明細・特イ術
職務上の理由	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

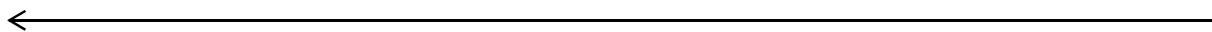
傷病名部位		診療開始日	年 月 日
		診療日数	日 ( 日 )
		転帰	治 癒 死 亡 中 止

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	歯管	義管	+	×	×	実地指	F局	P洗	医管	その他											
投薬	注射	内屯外注					調	×	×	処方	×	情	×	+	×	処	×	注	×	×	
X線検査	全額	枚	写	×	P混検	×	P部検	×	基本	×	×	精密	×	×	×	その他					
	標	×	S培	×	加運動	×	平測	×	×	×	×	×	×	×	×	×					
	バ	×	EMR	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×					
処置・手術	う蝕	×	保護処置	×	×	×	填塞	×	除去	×	×	×	知覚過敏	×	×	咬調	×	×			
	抜	×	感根	×	×	根	×	根	×	+	+	+	加圧	×	×	生切	×	×			
	髓	×	処	×	×	貼	×	充	×	×	+	+	根充	×	×	菌清	×	×			
	S	C	×	+	×	×	+	×	SRP	前	×	小	×	大	×	前	×	小	×	大	×
	P	Cur	前	×	小	×	大	×	前	×	小	×	大	×	SPT	P	処	×	P	基	処
	抜	歯	乳	×	前	×	白	×	離	×	埋	×	+	×	切開	×	×	×	×		
	その他															特定					
麻酔	伝麻	×	浸麻	×	その他																

補診		維持管理	×	×	×	印象	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×					
歯冠形成	(前生活)	×	(前失活)	×	+	×	+	×	+	×	+	×	+	×	+	×	+	×	+					
	乳	×	乳	×	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+					
金属歯冠修復	乳前小銀	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×					
	前小バ	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×					
	前小二	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×					
	大バ	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×					
	大銀	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×					
	大二	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×					
	14K	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×					
欠損	鑄造	バ	大	×	バ	小	×	裏	バ	前	×	バ	小	×	B	r	装	着	バ	大	×	ニ	×	
	前	装	バ	×	ニ	×	装	14K	×	他	×	ニ	×	装	バ	上	×	下	保	不	特	×	×	
	有	味	義	歯	1~4	×	床	×	鑄	造	14	K	腕	大	×	腕	大	×	腕	大	×	腕	大	×
					5~8	×	床	×	鑄	造	14	K	腕	大	×	腕	大	×	腕	大	×	腕	大	×
					9~11	×	適	×	造	14	K	腕	大	×	腕	大	×	腕	大	×	腕	大	×	腕
					12~14	×	合	×	造	14	K	腕	大	×	腕	大	×	腕	大	×	腕	大	×	腕
					総	義	歯	×	造	14	K	腕	大	×	腕	大	×	腕	大	×	腕	大	×	腕
					その他																			

摘要	公費分	請求	点数	決定	※	点	合計	点
	患者負担額	(公費)	円	決定		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		

様式第四を次のように改める。



平成 年 月分 調剤報酬請求書

別 記 殿

薬局コード \_\_\_\_\_

保 険 薬 局 の  
所在地及び名称  
開設者氏名

下記のとおり請求します。 平成 年 月 日

印

区 分	件 数	処方せん受付回数	点 数	一部負担金	
医保 (70以上一般・低所得) と公費の併用					
医 保 単 独  (七 〇 以 上 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  (以 上 七 〇 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					
医療保険 (本人) と公費の併用					
医 療 保 険  (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					
医療保険 (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					

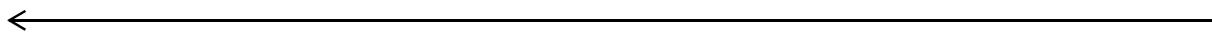
備考 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。

薬局コード \_\_\_\_\_

区 分		件数	処方せん受付回数	点数	一部負担金 (控除額)	
公費負担	公費と医保 の併用	12 (生保)				
	公費と公費の併用					
	公費単独	12 (生保)				
② 合計						
総件数①+②			件	請求金額	円	

備 考

様式第七を次のように改める。



平成 年 月 分

調剤報酬請求書

保 險 者

薬局コード \_\_\_\_\_

(別 記) 殿

下記のとおり請求する。

保 険 薬 局 の  
所在地及び名称  
開設者氏名

平成 年 月 日

印

		件数	処方せん 受付回数	点 数	一部負担金	備考	
国民健康保険	一般被保険者 (70歳以上一般・ 低所得)	請求					
		※決定					
	一般被保険者 (70歳以上7割)	請求					
		※決定					
	一般被保険者	請求					
		※決定					
	一般被保険者 (6歳)	請求					
		※決定					
	退職者	本人	請求				
			※決定				
		被扶養者	請求				
			※決定				
6歳		請求					
		※決定					

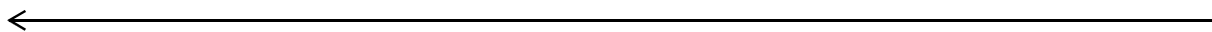
公費負担医療		請求				
		※決定				
		請求				
		※決定				
		請求				
		※決定				

※高額療養費	一般被保険者	件数		退職者	件数	
		金額	円		金額	円

注意 ※印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。

様式第九を次のように改める。





平成 年 月 分

調剤報酬請求書

保 険 者

薬局コード \_\_\_\_\_

各広域連合 殿

下記のとおり請求する。

保 険 薬 局 の  
所在地及び名称  
開設者氏名

印

平成 年 月 日

		件数	処方せん 受付回数	点 数	一部負担金	備考
後期 高齢者 医療	後期高齢 9割	請求				
		※決定				
	後期高齢 7割	請求				
		※決定				
公費 負担 医療		請求				
		※決定				
		請求				
		※決定				
		請求				
		※決定				

※高額療養費	件数	
	金額	円

注意 ※印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。