

新（標準化システム帳票レイアウト）

問. 合わせ先

福祉事務所名		
所属部	所属課	所属係
担当員	地区担当員名	
電話番号		

[illegible]

016_検診書

新（標準化システム帳票レイアウト）

様式番号
文書番号
宛先自治体名称
宛先役職名宛先氏名印

福祉事務所受理印

検診書

検査を受ける者の
居住地及び氏名検査を受ける者の氏名
年 齢 性別
年 月 日

医療機関の所在地及び名称
院（所）長 担当医師

上記の者に対する検診結果は下記のとおりであります。

1 傷病名

2 病 状

3 診療の要否、診療の方法等に関する意見

※地区担当員 地区担当員名
記事 記事
※福祉事務所 福祉事務所名
嘱託医意見

（注意）
この検診書は、福祉事務所長あて直接送付して下さい。

QRコードバーコード

問い合わせ先
福祉事務所郵便番号
福祉事務所住所
福祉事務所名
所属部 所属課 所属係
担当員 地区担当員名
電話番号

旧（現行システムパッケージ帳票レイアウト）

交付

検 診 書

検査を受ける者の
居住 地 及 び 氏 名
999 歳 博・博

年 月 日

医療機関の所在地及び名称
院（所）長 担当医師 印

上記の者に対する検診結果は下記のとおりであります。

1 傷病名

2 病 状

3 診療の要否、診療の方法等に関する意見

※地区担当員 ##### 印
記 事

※福祉事務所 印
嘱託医意見

（注意）
この検診書は、福祉事務所長あて直接送付して下さい。

新（標準化システム帳票レイアウト）

様式番号

文書番号

発行年月日

交付

検 診 命 令 書

受診者居住地

受診者氏名

受診者生年月日

敬称

ケース番号

世帯員番号

鑑行自治体名称

鑑行役職名

鑑行者氏名

印

下記により検査を受けて下さい。

- 1 検診を受ける日時

検診年月日

検診時刻
- 2 検診を受ける場所

検診場所
- 3 検診を行う医療機関の名称

医療機関名称
- 住所

医療機関住所
- 担当医師等氏名

担当医師氏名
- 4 検診理由

検診理由
- 5 備考

備考

(注意)

- 1 検診を受けるときは、この書類を持参して下さい。
- 2 この検診命令は、生活保護法第28条第1項の規定にもとづくものです。
- 3 この検診命令を受けられ、同条第5項の規定により、あなたの保護申請が却下され、またはあなたに対する保護が変更、停止若しくは廃止される場合があります。
- 4 この検診命令について疑問がある場合には、福祉事務所に相談して下さい。

問い合わせ先

福祉事務所郵便番号

福祉事務所住所

福祉事務所名

所属部

所属課

所属係

担当員

地区担当員名

電話番号

旧（現行システムパッケージ帳票レイアウト）

[illegible]

新（標準化システム帳票レイアウト）

旧（現行システムパッケージ帳票レイアウト）

XXXXXXXXXXXXXXXX 交付 	検 診 料 請 求 書		
XXXX 年 月 日			
医療機関の所在地 名 称 医療機関の長又は 開設者の氏名			
下記のとおり請求します。			
※受診者		※居住地	
請 求 額	診 察 料	点	(検査名等)
	料	点	
	料	点	
	合 計	点	円

(注意)

この請求書により直接福祉事務所あて請求して下さい。

087_保護変更申請書（傷病届）様式第17号

新（標準化システム帳票レイアウト）

福祉事務所
受付日

月

日

様式番号

文書番号

保護変更申請書（傷病届）

訪問看護・訪問リハビリテーション事業者

※指定医療機関名

指定医療機関名

※発行年月日

発行年月日

※医療機関所在地

医療機関所在地

※受理年月日

利用者カナ氏名

利用者氏名

居住地

居住地

世帯主氏名

世帯主氏名

現在受けている扶助

扶助名

病状及び理由

上記のとおり生活保護法による保護の変更を申請します。

年

月

日

宛先自治体名称

宛先役職名

宛先氏名

敬称

申請者

住所

住所

氏名

利用者との関係

訪問看護要否意見書（新規・継続）

ケース番号

世帯員番号

医療の開始年月日

※利用者氏名

利用者氏名

※生年月日

生年月日

主たる病名

訪問看護開始年月日

年

月

日

病状・治療状態（改善の見込み等）

訪問看護見込期間

か月

訪問看護見込回数

1回

4回以上

2回

5その他

3回

（選当たり回）

実施が適当と思われる訪問看護事業者

所在地名称

上記のとおり訪問看護を（1要する2要しない）と認めます。

宛先自治体名称

宛先役職名

宛先氏名

敬称

年

月

日

指定医療機関の所在地及び名称

医療機関所在地

指定医療機関名

指定医療機関の長又は開設者氏名

院長氏名

※福祉事務所
確認意見

1 訪問看護の要否（ア要するイ要しない）
2 訪問看護見込期間（か月）
3 訪問看護見込回数（1選当たり回（選当たり回））
4 参考意見

年

月

日

福祉医

印

（注意）

1 ※印の欄は福祉事務所で記入します。

地区担当員名

要否意見書発行番号

QRコード・バーコード

旧（現行システムパッケージ帳票レイアウト）

様式第17号

保護変更申請書（傷病届）

住所

申請者氏名

利用者との関係

下記のとおり、生活保護法による保護の変更（医療扶助）を申請します。

患者氏名

氏名

居住地

氏名

世帯主氏名

現在受けている扶助

生・住・教・医・その他

病状

受診先

受診（予定）

住所

社保の有無

健康・日・共・無

医療機関

開始・停廃止・変更決定理由

医療機関（入・外）・調剤薬局

氏名

氏名

期

～

年

月

日

他法負担（無）

医療機関調剤薬局

年

月

分

年

月

分

年

月

分

年

月

分

年

月

分

確認（病名・主訴等）

確認（病名・主訴等）

確認（病名・主訴等）

確認（病名・主訴等）

確認（病名・主訴等）

印

印

印

印

印

医療統計

医療統計

医療統計

医療統計

医療統計

新（標準化システム帳票レイアウト）

旧（現行システム帳票様式）

ケース・員番号		交付番号	
地区担当員		※受理年月日	

医 療 要 否 意 見 書

入院外

※ ① 医 科 ・ 2 歯 科	※ 1 新規 ② 継続 (単 ・ 期)
(氏名)	に係る 年 月 日以降の
医療の要否について意見を求めます。	
院(所)長様	令和 年 月 日 岡山市 福祉事務所 公印

傷病名又は部位	初診年月日	入退院年月日
(1)	(1)	入院 年 月 日
(2)	(2)	退院 年 月 日
(3)	(3)	

主要症状 及び今後の 診療見込	(今後の診療見込に関する臨床諸検査結果等を記入してください。)	福祉事務所への連絡事項

診療見込期間	入院外	か月又は 日間	概算医療費	(1) 今回診療日以降1か月間	(2) 第2か月目以降6か月目まで	転入・転出	年 月 日
	入院	か月又は 日間		(入院料 円)	(入院料 円)		治 死 中
	年月日 (予定を含む)	年 月 日		円	円		ゆ 亡 止

上記のとおり (1入院外・2入院) 医療を (1要する・2要しない) と認めます。 令和 年 月 日

岡山市 福祉事務所長 様

指定医療機関の所在地及び名称
院 (所) 長
担当医師 (診療科名)

※ 嘱託医の意見	
----------	--

印

バーコード

089_精神疾患入院要否意見書

新（標準化システム帳票レイアウト）

[illegible]

旧（現行システム帳票レイアウト）

[illegible]

094_生活保護法医療券・調剤券

新（標準化システム帳票レイアウト）

再発行

様式番号

文書番号

交付番号

生活保護法医療券・調剤券(診療年月分)

後付

公費負担者番号	公費負担者番号	有効期間	有効期間
受給者番号	受給者番号	単独・併用別	単独・併用
氏名	氏名	性別	生年月日
居住地	居住地		
指定医療機関名	指定医療機関名		医療機関コード
指定医療機関所在地	指定医療機関所在地		
処方元指定医療機関名	処方元指定医療機関名		処方元指定医療機関コード
処方元指定医療機関住所	処方元指定医療機関住所		
傷病名	(1) 傷病名 (1) (2) 傷病名 (2) (3) 傷病名 (3)	診療別	診療別
		本人支払額	本人支払額 円
担当員	地区担当員	取扱担当署名	取扱担当署名
		自治体名称	役職名
			発行者氏名
			印
備考	社会保険	社会保険状況	
	感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第37条の2	第37条の2該当状況	
	その他	後援該当者の文言	患者該当者の文言
	備考	備考内容	

ケース番号

世帯員番号

備考

1 この用紙は、A7リ4番白色紙黒色刷りとすること。

2 「指定医療機関名」欄に指定訪問看護事業者の名称を記入する場合には、訪問看護ステーションの名称も併せて記入すること。

旧（現行システム帳票様式）

様式第23号

生活保護法医療券・調剤券（令和 年 月 分）

公費負担者番号		有効期間		日から日まで
受給者番号		単独・併用別	単独・併用	
氏名		(男・女)		
居住地				
指定医療機関名				
傷病名	(1) (2) (3)	診療別	入院 入院外 訪問看護	調剤
		本人支払額		円
地区担当員名		岡山市 福祉事務所	公印	
備考	社会保険	あり (健・共)	なし	
	感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第37条の2	あり	なし	
	その他			

医療機関名称

医療機関コード

095_訪問看護に係る利用料請求書

新（標準化システム帳票レイアウト）

様式番号
文書番号

福祉事務所
受付日

月 日

頁

訪問看護に係る利用料請求書

訪問看護事業書

（分・訪問回数 回）

訪問看護に係る利用料明細書	基本利用料以外の利用料	単位	単価	金額	摘要
		回	円	円	
合 計 金 額		請 求		※ 決 定	
		円		円	

請求書

（利用者氏名）
（利用者氏名）
（利用者住所）

（生年月日）
（生年月日）

年 月 日

（宛先自治体名称）（宛先役職名）
（宛先氏名）（敬称）

住所
事業者名

（事業者住所）
（事業者名）

ケース番号 世帯員番号 地区担当員名

（注意）

※印の欄は福祉事務所で記入します。
摘要欄には利用料の内容が分かるように具体的に記入してください。

QRコード/バーコード

旧（現行システム帳票レイアウト）

訪問看護に係る利用料請求書

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

（訪問回数 回）

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

訪問看護に係る利用料明細書	基本利用料以外の利用料	申 位	申 価	金 額	摘 要
		回	円	円	
合 計 金 額		請 求 ※ 決 定			
		円 円			

請求書

（利用者氏名）
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

に係る上記明細書による訪問看護に係る使用料を請求します。
年 月 日
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

住 所
事業者名

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

印

（注）

※印の欄は、福祉事務所で記入します。
摘要欄には利用料の内容が分かるように具体的に記入して下さい。

※ 地区
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
※ 取扱
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

096_医療券送付書

新（標準化システム帳票レイアウト）

宛先郵便番号

宛先住所

宛先氏名

郵便カスタマーパスワード

文書番号

発行年月日

発行自治体名称

発行役職名

発行者氏名

印

医療券送付書

下記のとおり医療券を送付しますので、ご確認の上、受領書を返送願います。

ケース番号	地区名	受給者番号	氏名	性別	年齢	単併	診療年月	診療別	本人支払額	備考
ケース番号	地区名	受給者番号	氏名	性別	年齢	単・併	診療年月	診療別	本人支払額	備考

送付枚数

送付枚数

枚

問い合わせ先

福祉事務所名

所属部

所属課

所属係

担当員

地区担当員名

電話番号

旧（現行システム帳票様式）

〒
岡山

第
平成27年11月27日

〇×市福祉事務所

印

生活保護法給付券送付書

下記の通り生活保護法による医療券を送付しますので、ご確認の上別途受領書を折返し返送願います。

記

地区名	受給者番号	患者氏名	診療月	入外別	備考
現在地8		福祉 太郎	11月	外来	健

医療券送付枚数

1枚

新（標準化システム帳票レイアウト）

旧（現行システム帳票様式）

生活保護法医療券・調剤券		発行年月日 令和 年 月 日 公費負担番号	
指定医療機関名		岡山市 区 町 丁目 番 号	会社
保険者番号		医療機関番号	
保険者番号 市 区 町 丁目 番 号		本人 氏 名	
保険者 氏 名		職 業 (請 負 ・ 兼 業)	
保険者 氏 名		職 業 (請 負 ・ 兼 業)	

103_医療券転帰通知書（兼受領書）

新（標準化システム帳票レイアウト）

福祉事務所
受付日

月日

文書番号

医療券転帰通知書（兼受領書）

宛先福祉事務所名

宛先郵便番号

宛先住所

宛先氏名

氏名

所在地

病院名

院長名

年 月 日

下記のとおり医療券を受領し、転帰の状況について報告します。

No.	ケース番号	氏名	月	診療別	基 礎	社 保	法 保	精 神	結 核	自 立 等	転帰	転帰 月日	未 使 用	備考
1	ケース番号	姓 名	月	診療別	基 礎	社 保	法 保	精 神	結 核	自 立 等	診療・死亡・中止	・		
2											診療・死亡・中止	・		
3											診療・死亡・中止	・		
4											診療・死亡・中止	・		
5											診療・死亡・中止	・		
6											診療・死亡・中止	・		
7											診療・死亡・中止	・		
8											診療・死亡・中止	・		
9											診療・死亡・中止	・		
10											診療・死亡・中止	・		
11											診療・死亡・中止	・		
12											診療・死亡・中止	・		

必ず福祉事務所へ直送してください。
また、受診なしの場合は未使用の欄に「×」印を記入してください。

医療機関名

ページ番号

旧（現行システム帳票様式）※生活保護法給付券受領書

生活保護法給付券受領書

岡山市 福祉事務所長 様

年 月 日

(指定医療機関名称)

下記の通り生活保護法による医療券を受領しました。

記

地 区 名	受給者番号	患 者 氏 名	診療日	入外別	速 終 欄
				外来	診療・中止

医療券受領枚数 ☐ 枚

医療機関コード

新（標準化システム帳票レイアウト）

ページ番号

別紙 3

XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXX 9999999999
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	年 月 日

藥局名

来月以降の調剤券が不要な場合は、不要欄の不要を○で囲んでご返送下さい。

[illegible]

調剤券送付件数	9999 件	No. 9999
---------	--------	----------

106_調剤券送付書

新（標準化システム帳票レイアウト）

宛先郵便番号

宛先住所

宛先氏名

郵便カスタマーバーコード

文書番号

発行年月日

発行自治体名称

発行役職名

発行者氏名

印

調 剤 券 送 付 書

下記のとおり調剤券を送付しますので、ご確認の上送願います。

ケース番号	地区名	受給者番号	氏名	性別	年齢	単・併	診療年月	診療別	本人支払額	備考
ケース番号	地区名	受給者番号	氏名	性別	年齢	単・併	診療年月	診療別	本人支払額	備考

送付枚数

送付枚数

枚

問い合わせ先

福祉事務所名

所属部

所属課

所属係

担当員

地区担当員名

電話番号

ページ番号

旧（現行システム帳票様式）

院(所)長様

医療機関コード

令和 年 月 日

岡山市 福祉事務所 公印

生活保護法給付券送付書

下記の通り生活保護法による給付券を送付します。ご確認の上、医療券については別途受領書を折返し返送願います。

記

地区名	受給者番号	患者氏名	診療月	入外別	備考

医療券送付枚数

枚

新（標準化システム帳票レイアウト）

旧（現行システムパッケージ帳票レイアウト）

旧（現行システムパッケージ帳票レイアウト）

新（標準化システム帳票レイアウト）

旧（現行システムパッケージ帳票レイアウト）

[illegible]

114_帳票レイアウト_給付要否意見書（柔道整復）

新（標準化システム帳票レイアウト）

福祉事務所
受付日

月

日

様式番号

文書番号

ケース番号

世帯員番号

給付要否意見書（柔道整復）

※ 新規・継続

※ 受理年月日

年

月

日

※ 居住地: [居住地]

※ (フリガナ) [カナ氏名]

※ (医療の開始年月日) [以降の] (氏名) [氏名] (生年月日) [生年月日] (年齢) [歳]

に係る施術の給付の要否について意見を求めます。

※ 施行年月日

自治体名称 [診療名]

印

※ 指定施術者名

※ 施行者氏名

傷病名(部位)

初検年月日

転帰(継続の場合)

傷病の程度及び
給付を必要とする理由

(1)

年

月

日

治療・中止・継続

(2)

年

月

日

治療・中止・継続

(3)

年

月

日

治療・中止・継続

(4)

年

月

日

治療・中止・継続

(5)

年

月

日

治療・中止・継続

(6)

年

月

日

治療・中止・継続

療養(治療)見込期間

概算見込額(初検時又は4ヶ月目以降)

か月又は

日間

1月目

円

2月目

円

3月目

円

(患者氏名) [氏名]

について、上記のとおり給付を(1)要する (2)要しないと認めます。

年

月

日

※ 宛先自治体名称

※ 宛先役職名

※ 敬称

指定施術機関(施術者)の所在地
及び名称

指定施術機関(施術者)の所在地
及び名称

※ 医師同意

(主)親父又は母折(応急手当を除く)の場合のみ同意が必要

※ 嘱託医意見

1. 承認 2. 不承認 3. 本庁協議
期間(月) 1 2 3 4 5 6
(詳細意見)

※ 福祉事務所書記記載欄

※ 柔道整復師記載欄

※ 施行取換金名

※ 施行取換金名

印

※ 記載注意

1. 転帰「(継続の場合)」欄は、3か月を超えて施術を継続する場合に該当するものを○で囲むこと。
2. 「療養(治療)見込期間」及び「概算見込額」欄は、初検時(3か月を超えて療養を必要とする場合は4か月目以降)の療養(治療)見込期間及び概算見込額を記載すること。
3. 「医師同意」欄は、施術者が同意を得た指定医療機関、医師名、所在地及び同意年月日を記載したものでないこと。
4. ※印欄は福祉事務所で記入するので、記載しないこと。

二次元コード・バーコード

要否意見書発行番号

旧（現行システムパッケージ帳票レイアウト）

様式第18号の1の2

給付要否意見書（柔道整復）

9999999999

※ 新規

※ 継続

※ 受理年月日

年

月

日

※ (XX 年 99 月 99 日以降の) (氏名) [氏名] (999 歳) に係る

施術の給付の要否について意見を求めます。

[氏名]

傷病名 (部位)

初 検 年 月 日

転 帰 (継続の場合)

傷病の程度及び
給付を必要とする理由

(1)

年

月

日

治療・中止・継続

(2)

年

月

日

治療・中止・継続

(3)

年

月

日

治療・中止・継続

(4)

年

月

日

治療・中止・継続

(5)

年

月

日

治療・中止・継続

(6)

年

月

日

治療・中止・継続

療 養 (治 療) 見 込 期 間

概 算 見 込 額 (初 検 時 又 は 4 月 目 以 降)

か月又は

日間

1月目

円

2月目

円

3月目

円

(患 者 氏 名)

について、上記のとおり給付を (1 要する 2 要しない)
と認めます。

[氏名]

指定施術機関の所在地及び名称

院 (所) 長

医 師 同 意

(注) 親父又は母折 (応急手当を除く) の場合のみ同意が必要

※ 嘱託医意見

印

※ 記載注意

1. 転帰「(継続の場合)」欄は、3か月を超えて施術を継続する場合に該当するものを○で囲むこと。
2. 「療養(治療)見込期間」及び「概算見込額」欄は、初検時(3か月を超えて療養を必要とする場合は4か月目以降)の療養(治療)見込期間及び概算見込額を記載すること。
3. 「医師同意」欄は、施術者が同意を得た指定医療機関、医師名、所在地及び同意年月日を記載したものでないこと。
4. 当欄は福祉事務所で記入するので、記載しないこと。

XXXXXX