

長期入院患者に係る診療報酬請求書 ( 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 )						年 月 日生
居 住 地							

① 基準となる入院基本料等	② 保険外併用療養費 ( 保険給付対象部分 )	③ 特別料金分 ( ① - ② の範囲内 )	④ 本人支払額	⑤ 差引請求額 ( ③ - ④ )
円	円	円	円	円

・ 入院基本料等の基本点数 ( 以下「基本点数」という。 ) × 入院日数 × 10円 = ①

・ { 基本点数 - ( 基本点数 × 控除率※ ) } × 入院日数 × 10円 = ②  
小数点以下第一位を四捨五入

※ 控除率は、平成14年度は5%、15年度は10%、16年度以降は15%となる。

( 氏名 ) に係る上記による診療報酬を請求します。

年 月 日

岡山市福祉事務所長 様

住 所  
病 院 長

備 考 この用紙は、A列4番白色紙黒色刷りとする。

様式第23号の7

訪 問 看 護 に 係 る 利 用 料 請 求 書

( 年 月 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) _____に係る上記明細書による訪問看護に係る利用料を請求します。  令和 年 月 日  福祉事務所長 殿 <span style="float: right;">住所 事業者名</span>				

- (注) 1 ※印の欄は、福祉事務所で記入します。  
 2 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。  
 3 「訪問看護」の部分は、不要なものを一で消してください。

ケース・員番号	
地区担当員	

交付番号	
※受理年月日	

医療要否意見書

※ 1 医科 ・ 2 歯科	※ 1 新規 2 継続 (単・併)
(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。	
令和 年 月 日	
岡山市福祉事務所長	
	

傷病名又は部位	初診年月日	入院年月日	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		概算医療費	(1) 今回診療日以降1か月間 (入院料 円)	(2) 第2か月目以降6か月目まで (入院料 円)	転 帰 <small>(継続のとき記入)</small>	年 月 日			
	入 院	期 間 (予定を含む)					か月又は 日間 年 月 日	か月又は 日間 年 月 日	治 ゆ	死 亡

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



# 訪問看護要否意見書

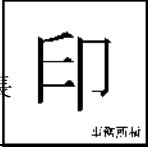
	地区担当員	
※ 継続(単・併)	※ 受理日 年 月 日	年 月 日
※ (利用者氏名) _____ ( 歳) に係る 年 月 日からの看護の要否について 意見を求めます。 令和 年 月 日 岡山市福祉事務所長		
		

主たる病名			※生年月日	年 月 日	
			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週当たり)	1	1回	4回以上
			2	2回	5その他
			3	3回	(週当たり 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。 岡山市福祉事務所長 様 _____ 年 月 日  指定医療機関の所在地及び 指定医療機関の長又は開設者氏名					
※福祉事務所 嘱託医意見	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 ( 月) 3 訪問看護見込回数 (1週当たり 回 (週当たり 回)) 4 参考意見				
	年 月 日				
	嘱託医				印

※印の欄は福祉事務所で記入します。

給付要否意見書（所要経費概算見積書）

1 治療材料 2 移送

※福祉事務所記載欄	※ 1 新規 2 継続		※受理年月日		年	月	日	※取扱業者名
	※（ 年 月 日以降の）		（氏名）		（ 歳）に係る			
1 治療材料 2 移送の給付の要否について意見を求めます。								
令和 年 月 日								
要否意見（医師記載欄）	傷病名		傷病の程度及び給付を必要とする理由					
	(1)							
	(2)							
	(3)							
	給付内容	治療材料	種類	使用見込期間				
種類・区間			治療に必要な通院頻度					1か月に
移送		移送を要する見込期間						か月
（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。 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								
所要経費概算見積（取扱業者記載欄）	治療材料	給付方法	種類	品名（商品名）	単価	数量	金額	※発行取扱者
		購入						
		合計						
		貸与・修理						
	合計							
（治療材料） _____ について、上記のとおり概算見積します。 岡山市福祉事務所長 様 令和 年 月 日 取扱業者の所在地及び名称 _____								
※福祉事務所	（移送費概算額等を記載）							
※嘱託医	印							

給付要否意見書（あん摩・マッサージ、はり・きゅう）

※福祉事務所記載欄	※ 1 新規 2 継続		※受理年月日 年 月 日			
	※（ 年 月 日以降の）（氏名）			（ 歳）に係る		
施術の給付の要否について意見を求めます。 令和 年 月 日		岡山市福祉事務所長 				
要 否 意 見	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	治癒・中止・継続			
	(2)	年 月 日	治癒・中止・継続			
	(3)	年 月 日	治癒・中止・継続			
	(4)	年 月 日	治癒・中止・継続			
	(5)	年 月 日	治癒・中止・継続			
(6)	年 月 日	治癒・中止・継続				
（ 施 術 者 記 載 欄 ）	療 養（治癒）見込期間		概 算 見 積 額（初 検 時 又 は 7 か 月 目 以 降）			
	か 月 又 は 日 間		1 月 目	円	2 月 目	円
			3 月 目	円	4 月 目	円
			5 月 目	円	6 月 目	円
往療が必要な場合その理由						
（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。 令和 年 月 日 岡山市福祉事務所長 様  指定施術機関（施術者）の所在地及び名称						
医 師 同 意	同 意 年 月 日	年 月 日				
	指 定 医 療 機 関 名					
	所 在 地					
	医 師 氏 名					
	注 意 事 項 等	（施術に当たって注意すべき事項等があれば記載してください）（任意）				
※嘱託医意見	印					

※指定施術者名


※発行取扱者名

印

（記載注意）

- 1 施術を行う場合は、事前に医師の同意を得ること。
- 2 転帰「（継続の場合）」欄は、6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。
- 3 「療養（治癒）見込期間」及び「概算見積額」欄は、初検時（6か月を超えて療養を必要とする場合は7か月目以降）の療養（治療）見込期間及び概算見積額を記載すること。
- 4 ※印欄は福祉事務所で記入するので、記載しないこと。

給付要否意見書（柔道整復）

※福祉事務所記載欄	※ 1 新規 2 継続		※受理年月日 年 月 日		
	※（ 年 月 日以降の）（氏名）			（ 歳）に係る	
施術の給付の要否について意見を求めます。 令和 年 月 日			岡山市福祉事務所長 		
要否意見 （柔道整復師記載欄）	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	治癒・中止・継続		
	(2)	年 月 日	治癒・中止・継続		
	(3)	年 月 日	治癒・中止・継続		
	(4)	年 月 日	治癒・中止・継続		
	(5)	年 月 日	治癒・中止・継続		
(6)	年 月 日	治癒・中止・継続			
療養（治癒）見込期間		概算見積額（初検時又は4か月目以降）			
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。 令和 年 月 日 岡山市福祉事務所長 様 指定施術機関の所在地及び名称 _____ 院（所）長					
医師同意	（注）脱臼又は骨折（応急手当を除く）の場合のみ同意が必要				
※嘱託医意見	印				

※指定施術者名

※発行取扱者

（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（治癒）見込期間」及び「概算見積額」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積額を記載すること。
- 3 「医師同意」欄は、施術者が同意を得た指定医療機関名、医師名、所在地及び同意年月日を記載したものであっても差し支えないこと。
- 4 ※印欄は福祉事務所で記入するので、記載しないこと。

印

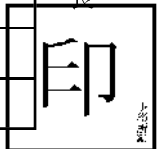


治療材料券・治療材料費請求明細書

月分 \_\_\_\_\_ 地区担当員 \_\_\_\_\_ 印  
 取扱担当者 \_\_\_\_\_ 印

生活 保 護 法 治 療 材 料 券	交付番号	この券の有効期間		年 月 日まで	1 単給 2 併給	
	受給者氏名 ( 歳) 男 女		居住地			
	取扱業者		所在地			
	種類	金額				
給付方法	購入・貸与 ( 月～ 月) ・修理 (修理方法 : _____)					

岡山市福祉事務所長



種類	数量	単価	金額	摘要
		円	円	請求者氏名 及び住所
計				
※ 社保負担 (健・共)		有・無 割	円	
※ 他法負担		有・無 割	円	
※ 本人支払額			円	
差引請求 (支払) 金額			円	

- 注 1 本人支払額は物品納入と同時に徴収して下さい。  
 2 治療材料費は福祉事務所へ請求して下さい。

上記の治療材料を確かに受領しました。

年 月 日  
 住所  
 氏名

あん摩・マッサージ

( 年 月分)

地区担当員  
取扱担当者

印

生活 保護 法 施 術 券	交付番号	この券の 有効期間	日から	日まで	1 単 給 2 併 給	
	患者氏名	( 歳) 男 女	居住地			
	指定施術者名	傷病名 (部位)				
施 術 費 給 付 請 求 明 細 書	初回施術年月日	年 月 日	実日数	日	転 帰 治癒・中止	
	① マッサージ	軀 幹 右上肢 左上肢 右下肢 左下肢	円× 円× 円× 円× 円×	回= 回= 回= 回= 回=	円 円 円 円 円	摘 要
	② 温罨法 (加算)		円×	回=	円	
	③ 温罨法・電気光線器具 (加算)		円×	回=	円	
	④ 変形徒手矯正術	右上肢 左上肢 右下肢 左下肢	円× 円× 円× 円×	回= 回= 回= 回=	円 円 円 円	
	⑤ 往療料	4 km まで 4 km 超	円× 円×	回= 回=	円 円	
	⑥ 施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)		円×	回=	円	
	施術日 通院○ 往療◎	月	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			
	⑦ 合計金額 (①+②+③+④+⑤+⑥)				請求	※ 決定
	※ ⑧ 社保負担 (健・共)	有・無	割	円	円	
※ ⑨ 本人支払額	円			円	円	
⑩ 差引請求 (支払) 金額 (⑦-⑧-⑨)				円	円	
請 求 書	(患者氏名) _____ にかかる上記明細書による施術料を請求します。 令和 年 月 日 岡山市福祉事務所長 住所 指定施術者 氏名					

岡山市福祉事務所長



施術券及び施術報酬請求明細書（柔道整復）

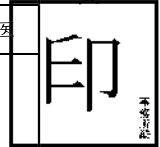
（ 年 月 分）

地区担当員  
取扱担当者

印

生活保護法 施術券	交付番号	この券の有効期間	日から	日まで	1 単給 2 併給																										
	氏名 男 女	生年月日	住所																												
施術	指定施術者名	傷病名（部位）																													
	負傷名	負傷年月日	初検年月日	施術開始年月日	施術終了年月日	実日数	転 帰																								
報 酬	(1)	・	・	・	・		治癒・中止・転医																								
	(2)	・	・	・	・		治癒・中止・転医																								
	(3)	・	・	・	・		治癒・中止・転医																								
	(4)	・	・	・	・		治癒・中止・転医																								
	(5)	・	・	・	・		治癒・中止・転医																								
術	負傷の原因・業務災害通勤災害又は第三者行為外の原因による																														
報 酬	経過						請求区分	新規・継続																							
	施術日	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
請 求	初検料	円	初検時相談 支援料	円	往療料	k m	金属副子等 加算	回	円	施術情報 提供料	円	計	円																		
	加算（休日・深夜・時間外）	円	再検料	円	加算（夜間・難路・ 暴風雨雪）	円	柔道整復 運動後療料	回	円		円																				
明 細 書	整復料・固定料・施療料	(1)	円	(2)	円	(3)	円	(4)	円	(5)	円	計	円																		
	部位	通減 %	通減開始 月 日	後療料 円 回	円	冷罨法料 回 円	円	温罨法料 回 円	円	電療料 回 円	円	計	円	多部位	計	円	長期	計	円												
書	(1)	100	—										—	—																	
	(2)	100	—										—	—																	
	(3)	60	—										0.6	—																	
	(4)	60	—										0.6	—																	
施 術 証 明 欄	摘 要						合 計	—					円																		
							※社保負担（健・共） 有・無	割	—				円																		
							本人支払額	※					円																		
		金属副子等 加算日	1回目	日	2回目	日	3回目	日	差引請求 （支払）金額	—			円																		
	柔道整復運動 後療料加算日	日	日	日	日	日	日	決 定 金 額	※			円																			
施 術 証 明 欄	上記のとおり施術したことを証明します。							所在地																							
	令和	年	月	日	施 術 所 名 称																										
								電 話																							
							指定施術者 氏 名																								

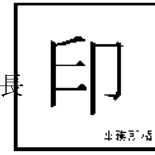
岡山市福祉事務所長



備考 この用紙は、日本産業規格A列4番とすること。（※は福祉事務所使用欄）

施術券及び施術報酬請求明細書（はり・きゅう）

岡山市福祉事務所長



（ 年 月分） 地区担当員 取扱担当者 印

生活 保護 法 施 術 券	交付番号	有効期間 日から 日まで	施術開始日 年 月	1 単給 2 併給
	患者氏名	( 歳) 男 女	居住地	
	傷病名	1 神経痛 2 リウマチ 3 頸腕症候群 4 五十肩 5 腰痛症 6 頸椎捻挫後遺症 7 その他 ( )	はり・きゅう師氏名	

施術報酬請求明細書（はり・きゅう）

施 術 報 酬 請 求 明 細 書	○初回施術 年月日	年 月 日	実日数	日	既施術回数	回	転 帰	治癒・中止	
	①初 検 料 1はり 2きゅう 3はりきゅう併用						円	摘 要	
	② 施 術 料	はり			円× 回=	円			
		きゅう			円× 回=	円			
		はり、きゅう併用			円× 回=	円			
		電療料 1電気針 2電気温灸器 3電気光線器具			円× 回=	円			
	③ 往 療 料	4kmまで 4km超			円× 回=	円			
	④ 施術報告書交付料（前回支給： 年 月分）				円× 回=	円			
	施術日 通院○ 月	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							
	⑤ 合 計 金 額 (①+②+③+④)						円	※ 決 定 円	
※ ⑥ 社 保 負 担 (健・共) 有・無 割						円	円		
※ ⑦ 本 人 支 払 額				円		円	円		
⑧差引請求（支払）金額 (⑤-⑥-⑦)						円	円		

請 求 書	(患者氏名) _____にかかると上記明細書による施術料を請求します。 令和 年 月 日 住所 岡山市福祉事務所長 様 はり・きゅう師 氏 名
委 任 状	上記の金額の受領を _____ 師会（理事）長（氏名）に委任します。 令和 年 月 日 (はり・きゅう師名) 氏 名

# 検診料請求書

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  
名称及び代表者名

下記のとおり請求します。

診察年月日				
受診者				
請          求          額	診 察 料		点	検査等の名称
			点	
			点	
			点	
			点	
	点 数 計		点	
	診 察 料 等 請 求 額 (点数計*10円)		円	
	文 書 料		円	
請 求 額 合 計		円		
世帯員番号		地区担当者		

(注意) この請求書により直接福祉事務所あて請求してください。