

(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 月 日				
① 医師・歯科医師・薬剤師	氏 名	明・大・昭・平・令		年 月 日 生
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
③ 健康保険の診療・調剤に従事する病院・診療所・薬局	名 称	所在地		担当診療科名
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



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	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



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 名 称		電話 局 番	
				所在地 名 称		電話 局 番	
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)



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 <small>明大昭平令</small>	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)		
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。)			
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。

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 回数

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	保 険 医 氏 名 (印)
	区 分	被保険者	被扶養者	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。) <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。

分割指示に係る処方箋（別紙）

様式第二号の二

(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  
 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													
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 初診										時間外・休日・深夜													
1 3 医学管理										回 点													
1 4 在宅										公費分点数													
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 日													
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 基準特別食生活環境										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 請求 円 ※ 決定 円 (標準負担額) 円													
公費①										円 ※ 円 ※ 円 ※ 円 ※ 円 ※ 円 ※													
公費②										円 ※ 円 ※ 円 ※ 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	
令和 年 月 分										10 9 8		給付割合 7 ( )	
公費負担者番号①										公費負担医療の受給者番号①		10 9 8	
公費負担者番号②										公費負担医療の受給者番号②		7 ( )	
氏名										特記事項		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		( 床)	
傷病名										診療開始日		保険診療実日数	
(1)										(1) 年 月 日		日	
(2)										(2) 年 月 日		日	
(3)										(3) 年 月 日		日	
1 1 初 診 時間外・休日・深夜 回 点 公費分点数													
1 2 再 診 再 診 時間外 休日 深夜 回 点													
1 3 医学管理													
1 4 往 診 夜 間 深夜・緊急 在宅患者訪問診療 その他 在宅 薬 剤 回 点													
2 0 投 薬 21 内 服 薬 剤 調 剤 × 単 位 回 22 屯 服 薬 剤 調 剤 × 単 位 回 23 外 用 薬 剤 調 剤 × 単 位 回 25 処 方 方 基 × 回 26 麻 毒 回 27 調 基 回													
3 0 注 射 31 皮 下 筋 肉 内 回 32 静 脈 内 回 33 そ の 他 回													
4 0 処 置 薬 剤 回													
5 0 手 麻 術 酔 薬 剤 回													
6 0 検 査 理 薬 剤 回													
7 0 画 診 像 断 薬 剤 回													
8 0 そ の 他 薬 剤 回													
療 保 養 險 の 公 費 給 付										請求点 ※ 決定点		一部負担金額 円	
										点 ※ 点		減額 割(円)免除・支払猶予 円	
										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

都道府県番号 医療機関コード

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
---------	---------------	--------------	----------------------	----------------------	----------------

○ (歯科) 令和 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 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	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	
管理・リハ	歯管	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
投薬・注射	内屯外注	調	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	
X線検査	全額	色調	P混検	P部検	基本検査	精密検査	その他						
	×	×	×	×	×	×	×						
処置・手術	う蝕	保護処置	充填	知覚過敏	咬調								
	×	×	×	×	×								
	抜	感	根	根	加圧	生	除	F局					
	×	×	×	×	×	切	去	T.cond					
	髓	処	貼	充	充	+	+	+					
	×	×	×	×	×	+	+	+					
	S C	+	+	+	+	+	+	+					
	PCur 前	小	大	前	小	大	SPT(I)	SPT(II)	P処	P基処			
	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×			
	抜歯 乳	前	+	+	+	+	+	+	+	+			
	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×			
	その他												
	麻酔	伝麻	浸麻	その他									
	×	×	×										

補診	×	×	維持管理	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
歯冠形成	前C	×	前C	×	+	×	×	×	×	×	×	×	×
	(生)	金硬	(失)	金硬	×	+	×	×	×	×	×	×	×
	乳	×	乳	×									
	(生)	前接	(失)	前	×	+	×	+	×	+	×	×	×
	金	×	金	×	+	+	×	+	+	+	×	×	×
支台	×	支台築造	メタル	前小	×	大	×	その他	前小	×	大	×	修形
復	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	充形
	金	乳前小銀	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
	前小	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	+
	冠	大	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	+
	修復	大銀	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	+
	欠	バ前	×	銀前	×	バ大	×	C 小	×	装着	×	×	リライナー
	損	前	×	銀小	×	バ小	×	A 大	×	材料	×	×	×
	綴	バ大	×	銀大	×	バ大	×	B 大	×	材料	×	×	×
	綴	1~4歯	×	床	×	造	14	腕大	×	腕大	×	×	×
		有	×	床	×	造	14	腕大	×	腕大	×	×	×
		5~8歯	×	床	×	造	14	腕大	×	腕大	×	×	×
		9~11歯	×	床	×	造	14	腕大	×	腕大	×	×	×
		義	×	床	×	造	14	腕大	×	腕大	×	×	×
		歯	×	床	×	造	14	腕大	×	腕大	×	×	×
		12~14歯	×	床	×	造	14	腕大	×	腕大	×	×	×
		義	×	床	×	造	14	腕大	×	腕大	×	×	×
		總	×	床	×	造	14	腕大	×	腕大	×	×	×
		義	×	床	×	造	14	腕大	×	腕大	×	×	×
		歯	×	床	×	造	14	腕大	×	腕大	×	×	×
		その他											
		その他											

摘要	公費分	請求	点	合計	点
	点数	決定	※		
	患者負担額(公費)		円	決定	※
高額療養費	※	円	一部負担金額	減額	割(円)
				免除・支払猶予	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「五世」を「令世」に改める。

様式第十

様式第六から様式第九までの様式中「五世」を「令世」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	1 医科	1社・国 2公費	3後 4退職	1単 2併 3併	1本 3六 5家	7高入 9高入	1 0 7	9 8 ( )	
令和 年 月 分										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						
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									
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											診療日								
傷病名	ICD 10									傷病名		診療日								
副傷病名	ICD 10									副傷病名		診療日								
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	患者基礎情報									包括評価部分		出来高部分								
入退院情報	診療関連情報											※高額療養費								
												円 × 回数 × 日								
												減・免・猶・I・II・3月超								
請求点	※ 決定点									負担金額 円		請求点								
療養の給付	※ 決定点									減額 割(円)免除・支払猶子 円		請求点								
公費①	※ 決定点									円		請求点								
公費②	※ 決定点									円		請求点								

