

公費負担医療の受給者証に掲載されている負担者番号・受給者番号を転記

記載例

公費負担者番号		様式第二 (要支援者は「様式二の二」)	平成		年		月分
公費受給者番号			保険者番号				
被保険者番号		事業所番号	2	2	×		
(フカナ) 氏名	介護保険被保険者証に記載されている事項を転記						
生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和	性別	1. 男 2. 女	業	所在地		
要介護状態区分	要介護 1・2・3・4・5						
認定有効期間	平成		年		月		日 から
	平成		年		月		日 まで
		連絡先	電話番号				

【みなし事業所番号】
 ・医科→221+医療機関コード
 ・歯科→223+医療機関コード
 ・薬局→224+薬局コード

居宅サービス計画	1. 居宅介護支援事業者作成	2. 被保険者自己作成	居宅療養管理指導のみの請求の場合は記載不要
	事業所番号	事業所名称	

開始年月日	平成		年		月		日	中止年月日	平成		年		月		日
中止理由	1. 非該当 3. 医療機関入院 4. 死亡 5. その他 6. 介護老人福祉施設入所 7. 介護老人保健施設入所 8. 介護療養型医療施設入院														

サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費分回数	公費対象単位数	摘要
居宅療養管理指導Ⅰ	3 1 × × × ×	5 0 0	2	1 0 0 0			3, 17
サービス内容・サービスコード・単位数等を記載 (サービスコードごと行を変えて記載)				給付費明細欄のサービス単位数の合計単位数を⑦に転記			公費負担医療への請求分がある場合に、回数・単位数を記載/併せて請求額集計欄の⑩・⑫・⑬に記載
							算定日(訪問日)を必ず記載する

サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費分回数	公費対象単位数	施設所在 保険者番号	摘要

①サービス種類コード / ②名称	3 1							
③サービス実日数	2	日						
④計画単位数								
⑤限度額管理対象単位数								
⑥限度額管理対象外単位数								
⑦給付単位数(④⑤のうち少ない数)+⑥		1 0 0 0						
⑧公費分単位数								
⑨単位数単価	1 0 0 0	円/単位						
⑩保険請求額		9 0 0 0						
⑪利用者負担額		1 0 0 0						
⑫公費請求額								
⑬公費分本人負担								

居宅療養管理指導の請求のみの場合は、④・⑤・⑥については記載不要

公費請求がある場合は、公費欄も記載する
 (公費の給付率については、本会ホームページ「介護保険」コーナー内「平成27年4月サービス以降の公費負担医療対象サービスについて」内の「公費給付率」を参照)

⑩~⑬の各欄について合計(横計)を記載する

給付率 (/100)	
保険	9 0
公費	
合計	9 0 0 0
	1 0 0 0

医師居宅療養管理指導における注意点

当該医師が当該月に医療保険において「在宅時医学管理料」を当該利用者について算定した場合には、当該医師に限り居宅療養管理指導(Ⅱ)の算定となりますので留意願います。

受領すべき利用者負担の総額(円)	軽減額(円)	軽減後利用者負担額(円)	備考

※ 要介護状態区分により請求明細書様式・サービスコードが異なります。
 要介護者/「様式第二」・サービスコード「31××××」
 要支援者/「様式第二の二」・サービスコード「34××××」
 様式・要介護状態区分・サービスコードの整合性がとれていない場合は、返戻となります