

えがおDE看護

出力帳票サンプル集

～療養費請求書 山口県指定様式～

- F-1 訪問看護療養費請求書（国保）
- F-2 訪問看護療養費請求書（後期高齢）
- F-3 国民健康保険等診療報酬等請求総括表
- F-4 福祉医療費請求書 【記載見本】
- F-5 福祉医療費請求総括表 【記載見本】

※掲載資料は架空データによるサンプルです。



株式会社カーネル

☎06-6221-0033

その他のサンプル帳票
ダウンロードはこちら



<https://www.kernel1991.co.jp/sample-ledger-form/>

令和 08 年 06 月分

訪問看護療養費請求書

〒753-0000 山口市中央区淡路町1-6-9

訪問看護ステーション

プライムスクエア25F

の所在地及び名称

カーネル訪問看護 (HP) ST

電話番号

083-922-0033

保険者 山口市 殿

指定訪問看護事業者氏名 株式会社カーネル

下記のとおり請求する。

令和 08 年 07 月 10 日

保 険 者 番 号						県番号		ス テ ー シ ョ ン コ ー ド					
3	5	0	0	3	3	3	5	0 2 5 0 9 1 1					

国民健康保険

		件 数	日 数	金 額	負担金額	備 考
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	5	24	275,330		
	※決 定					
一般被保険者 (6歳)	請 求					
	※決 定					
退職者 (本人)	請 求					
	※決 定					
退職者 (被扶養者)	請 求					
	※決 定					
退職者 (6歳)	請 求					
	※決 定					

公費負担医療

		件 数	日 数	金 額	負担金額
81	請 求	4	19	208,060	
	※決 定				
54	請 求	2	10	121,430	
	※決 定				
	請 求				
	※決 定				
	請 求				
	※決 定				
	請 求				
	※決 定				

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。

令和 08 年 06 月 分

訪問看護療養費請求書

訪問看護ステーション
の所在地及び名称
電話番号〒753-0000 山口市中央区淡路町1-6-9
プライムスクエア25F
カーネル訪問看護(HP)ST
083-922-0033

(山口県) 広域連合 殿

指定訪問看護事業者氏名

株式会社カーネル

下記のとおり請求する。

令和 08 年 07 月 10 日

保 険 者 番 号						県 番 号	ス テ ー シ ョ ン コ ー ド							
3	9	3	5	/	/	3	5	0	2	5	0	9	1	1

後期高齢者医療

		件数	日数	金 額	負担金額	備考
後期高齢 一般・低所得	請 求	1	5	54,160		
	※決 定					
後期高齢7割	請 求	2	10	108,320		
	※決 定					

公費負担医療

		件数	日数	金 額	負担金額
54	請 求	2	12	125,480	
	※決 定				
	請 求				
	※決 定				
	請 求				
	※決 定				
	請 求				
	※決 定				
	請 求				
	※決 定				

- 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。

令和 08 年 06 月分国民健康保険等診療報酬等請求総括表

医療機関等コード	0 2 5 0 9 1 1
----------	---------------

医科
歯科
訪問看護 ステーション

保険医療機関等	所在地	〒753-0000 山口市中央区淡路町1-6-9 プライムスクエア25F
	名 称	カーネル訪問看護 (HP) ST
	開設者	株式会社カーネル

※1 診療科コード	
※2 診療科名	

		件 数	※3 点 数
国民健康保険	入院		
	入院外	9	555,330
後期高齢者医療	入院		
	入院外	6	278,530
合 計		15	833,860

※1、※2 旧総合病院及び複数の専門医師による複数科を標榜とする医療機関のみ使用すること
 ※3 訪問看護ステーションについては、入院外欄を使用することとし、点数は金額に読み替えること
 ※4 月遅れの老人保健分については、後期高齢者医療欄に合算すること

様式診第18

山口県 山口 市町長 殿

福祉医療費負担者番号

81350035

08年07月10日

保険医療機関	コード	0250911
	所在地	〒753-0000 山口市中央区淡路町1-6-9 プライムスクエア25F
	名称	カーネル訪問看護(HP)ST
	開設者氏名	カーネル 三郎

印

DC	C	診療年月 (年)(月)	入・外	福祉医療費受給者証 記号・番号 (記号)(番号)	性別	氏名
1		0806	2	12-34511	2	島根 陽子
生年月日 (年号)(年)(月)(日)			保険者番号	給付	特殊	入院年月日 (年号)(年)(月)(日)
3330326			01270011	7		
診療科目	日数	福祉医療費請求点数	結核点数	決定点数		
	9	98680				
福祉医療費請求額	一部負担金					備考
10000	0					

DC	C	診療年月 (年)(月)	入・外	福祉医療費受給者証 記号・番号 (記号)(番号)	性別	氏名
2		0806	2	1234514	2	田中 早紀
生年月日 (年号)(年)(月)(日)			保険者番号	給付	特殊	入院年月日 (年号)(年)(月)(日)
3450329			01260014	7		
診療科目	日数	福祉医療費請求点数	結核点数	決定点数		
	5	54160				
福祉医療費請求額	一部負担金					備考
	0					

DC	C	診療年月 (年)(月)	入・外	福祉医療費受給者証 記号・番号 (記号)(番号)	性別	氏名
3		0806	2	5432115	2	千葉 直子
生年月日 (年号)(年)(月)(日)			保険者番号	給付	特殊	入院年月日 (年号)(年)(月)(日)
4230308			01270015	7		
診療科目	日数	福祉医療費請求点数	結核点数	決定点数		
	7	71320				
福祉医療費請求額	一部負担金					備考
21396	0					

(数字記入例) 0123456789

【コード】

〔入・外〕 入院
外来…1 高齢受給者入院(高入一)…7 〔性別〕 男 …1
…2 高齢受給者外来(高外一)…8 女 …2入院(義務教育就学前)…3 高齢受給者入院(高入7)…9 〔年号〕 昭和…3
外来(義務教育就学前)…4 高齢受給者外来(高外7)…0 平成…4

〔特殊 長〕 …5(1万円) 〔給付〕 7割…7

…2(2万円) 8割…8

9割…9

注意事項
用紙の記入は黒のボールペンで記入して下さい
紙は折り曲げたり、汚したりしないで下さい

福祉医療費請求書

(重度心身障害者、乳幼児及びひとり親家庭医療費)

1327

山口県 山口 市町長 殿

福祉医療費負担者番号

81350035

08年07月10日

保険医療機関	コード	0250911
	所在地	〒753-0000 山口市中央区淡路町1-6-9 プライムスクエア25F
	名称	カーネル訪問看護(HP)ST
	開設者氏名	カーネル 三郎 (印)

DC	C	診療年月 (年)(月)	入・外	福祉医療費受給者証 記号・番号 (記号)(番号)	性別	氏名
1		0806	2	12-34524	2	松井 由紀子
生年月日 (年号)(年)(月)(日)			保険者番号	給付	特殊	入院年月日 (年号)(年)(月)(日)
3480407			01270024	7		
診療科目	日数	福祉医療費請求点数	結核点数	決定点数		
	4	45580				
福祉医療費請求額	一部負担金					備考
	0	0				

DC	C	診療年月 (年)(月)	入・外	福祉医療費受給者証 記号・番号 (記号)(番号)	性別	氏名
2		0806	2	1345626	2	美野 佐和子
生年月日 (年号)(年)(月)(日)			保険者番号	給付	特殊	入院年月日 (年号)(年)(月)(日)
3560804			01350026	7		
診療科目	日数	福祉医療費請求点数	結核点数	決定点数		
	4	62210				
福祉医療費請求額	一部負担金					備考
	5000	0				

DC	C	診療年月 (年)(月)	入・外	福祉医療費受給者証 記号・番号 (記号)(番号)	性別	氏名
3		0806	2	1234528	2	山川 愛子
生年月日 (年号)(年)(月)(日)			保険者番号	給付	特殊	入院年月日 (年号)(年)(月)(日)
4270210			01350028	7		
診療科目	日数	福祉医療費請求点数	結核点数	決定点数		
	4	66410				
福祉医療費請求額	一部負担金					備考
	19923	0				

(数字記入例) 0123456789

【コード】

〔入・外〕 入院 外来 ……1 高齢受給者入院(高入) ……7 〔性別〕 男 ……1 〔特殊 長〕 ……5(1万円) 〔給付〕 7割…7
……2 高齢受給者外来(高外) ……8 女 ……2 ……2(2万円) 8割…8
入院(義務教育就学前) ……3 高齢受給者入院(高入7) ……9 〔年号〕 昭和…3 9割…9
外来(義務教育就学前) ……4 高齢受給者外来(高外7) ……0 平成…4

注意事項
用紙の記入は黒のボールペンで記入して下さい
紙は折り曲げたり、汚したりしないで下さい

一般後期
区分

1 (一般…1
後期…2)

県番号

0 0

医療機関コード

0 2 5 0 9 1 1

保険
医療
機関

所在地
名称
開設者

〒753-0000 山口市中央区淡路町1-6-9
プライムスクエア25F
カーネル訪問看護 (HP) ST
カーネル 三郎

DC C 福祉医療費負担者番号 件数
1 8 1 3 5 0 0 3 5 6

備 考

福祉医療費請求点数(金額) 結核点数
3 9 8 3 6 0

福祉医療費請求額 一部負担金
5 6 3 1 9 0

DC C 福祉医療費負担者番号 件数
2

備 考

福祉医療費請求点数(金額) 結核点数

福祉医療費請求額 一部負担金

DC C 福祉医療費負担者番号 件数
3

備 考

福祉医療費請求点数(金額) 結核点数

福祉医療費請求額 一部負担金

DC C 福祉医療費負担者番号 件数
4

備 考

福祉医療費請求点数(金額) 結核点数

福祉医療費請求額 一部負担金

DC C 福祉医療費負担者番号 件数
5

備 考

福祉医療費請求点数(金額) 結核点数

福祉医療費請求額 一部負担金

(数字記入例)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

注意事項

用紙の記入は黒のボールペンで記入して下さい
用紙は折り曲げたり、汚したりしないで下さい