

様式第一（附則第二条関係）

平成			年			月分
----	--	--	---	--	--	----

介護給付費請求書

保 険 者

（別 記）殿

下記のとおり請求します。

平成 年 月 日

事業所番号													
請求事業所	名 称												
	所在地	〒				-							
	連絡先												

保険請求

区 分	サービス費用						特定入所者介護サービス費等					
	件 数	単位数 ・点数	費用 合計	保険 請求額	公費 請求額	利用者 負担	件数	費用 合計	利用者 負担	公費 請求額	保険 請求額	
居宅・施設サービス 介護予防サービス 地域密着型サービス等												
居宅介護支援・ 介護予防支援												
合 計												

公費請求

区 分	サービス費用				特定入所者介護サービス費等		
	件 数	単位数 ・点数	費用 合計	公費 請求額	件数	費用 合計	公費 請求額
12 生保 居宅・施設サービス 介護予防サービス 地域密着型サービス等							
生保 居宅介護支援・ 介護予防支援							
10 感染症 37条の2							
21 障自・通院医療							
15 障自・更生医療							
19 原爆・一般							
51 特定疾患等 治療研究							
81 被爆者助成							
86 被爆体験者							
87 有機ヒ素・緊急措置							
88 水俣病総合対策 メチル水銀							
66 石綿・救済措置							
58 障害者・支援措置（全 額免除）							
25 中国残留邦人等							
合 計							

様式第三（附則第二条関係）

居宅サービス介護給付費明細書
（短期入所生活介護）

公費負担者番号																		
公費受給者番号																		

平成						年						月分
保険者番号												

被保険者	被保険者番号																					
	(フリガナ)																					
	氏名																					
	生年月日	1.明治			2.大正			3.昭和			性別	1.男 2.女										
		年	月	日																		
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

請求事業者	事業所番号																	
	事業所名称																	
	所在地	〒 -																
	連絡先	電話番号																

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																	
	事業所番号																	
	事業所名称																	

入所年月日	平成					年					月			日
退所年月日	平成					年					月			日
短期入所 実日数														

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要
合計								

請求額集計欄	区分	保険分	公費分
	計画単位数		
	限度額管理対象単位数		
	限度額管理対象外単位数		
	給付単位数		
	単位数単価	円 / 単位	
	給付率	/ 100	/ 100
	請求額（円）		
	利用者負担額（円）		

特定入所者介護サービス費	サービス内容	サービスコード	費用単価(円)	負担限度額	日数	費用額(円)	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額	
	合計										
							保険分 請求額(円)	公費分 請求額	公費分本人負担月額		

社会福祉法人等による 軽減欄	軽減率				%	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
	21	短期入所生活介護							

介護予防サービス介護給付費明細書
（介護予防短期入所生活介護）

公費負担者番号																				
公費受給者番号																				

平成			年			月分			
保険者番号									

被保険者	被保険者番号																					
	(フリガナ) 氏名																					
	生年月日	1.明治			2.大正			3.昭和			性別	1.男		2.女								
		年	月	日																		
	要支援状態区分	要支援1・要支援2																				
認定有効期間	平成			年			月			日	から	平成			年			月			日	まで

請求事業者	事業所番号																						
	事業所名称																						
	所在地	〒																					
	連絡先	電話番号																					

介護予防サービス計画	2.被保険者自己作成	3.介護予防支援事業者作成																				
	事業所番号																					
	事業所名称																					

入所年月日	平成			年			月			日
退所年月日	平成			年			月			日
短期入所 実日数										

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要	
			合計						

区分	保険分	公費分
計画単位数		
限度額管理対象単位数		
限度額管理対象外単位数		
給付単位数		
単位数単価	円/単位	
給付率	/ 100	/ 100
請求額（円）		
利用者負担額（円）		

特定入所者介護予防サービス費	サービス内容	サービスコード	費用単価(円)	負担限度額	日数	費用額(円)	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額	
合計											
						保険分 請求額(円)		公費分 請求額		公費分本人負担月額	

社会福祉法人等による 軽減欄	軽減率			%	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
	24	介護予防短期入所生活介護						

様式第四（附則第二条関係）

居宅サービス介護給付費明細書
（介護老人保健施設における短期入所療養介護）

公費負担者番号										平成			年			月分
公費受給者番号										保険者番号						

被保険者	被保険者番号 (7桁)																				
	氏名																				
	生年月日	1.明治	2.大正	3.昭和	性別	1.男	2.女														
	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
請求事業者	事業所番号																				
	事業所名称																				
	所在地	〒			-																
連絡先	電話番号																				

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	入所年月日	平成			年			月		日
	事業所番号	退所年月日	平成			年			月		日
	事業所名称	短期入所 実日数									

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数 回数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要
	合計							

緊急時施設療養費	緊急時傷病名						緊急時治療開始年月日	平成			年			月		日
	緊急時治療管理(再掲)	単位	単位×	日												
	特定治療	リハビリテーション	点	摘要												
		処置	点													
		手術	点													
		麻酔	点													
放射線治療	点															
合計	点															
往診日数	医療機関名	通院日数	医療機関名													

特別療養費	傷病名														
	識別番号	内容	単位数	回数	保険分単位数	公費回数	公費分単位数	摘要							
	合計														

請求額集計欄	区分	保険分	公費分	保険分特定治療・特別療養費	公費分特定治療・特別療養費
	計画単位数				
	限度額管理対象単位数				
	限度額管理対象外単位数				
	給付点数・単位数				
	点数・単位数単価	円/単位	10円/点・単位	10円/点・単位	
	給付率	/100	/100	/100	/100
	請求額(円)				
利用者負担額(円)					

特定入所者 介護サービス費	サービス内容	サービスコード	費用単価(円)	負担限度額	日数	費用額(円)	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額
	合計						保険分請求額(円)	公費分請求額	公費分本人負担月額	

介護予防サービス介護給付費明細書
 （介護老人保健施設における介護予防短期入所療養介護）

公費負担者番号		平成		年		月分
公費受給者番号		保険者番号				

被保険者	被保険者番号 (7桁)	
	氏名	
	生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和 年 月 日 性別 1.男 2.女
	要支援状態区分	要支援1・要支援2
	認定有効期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで

請求事業者	事業所番号	
	事業所名称	
	所在地	〒 -
	連絡先	電話番号

介護予防サービス計画	2.被保険者自己作成 3.介護予防支援事業者作成
	事業所番号
	事業所名称

入所年月日	平成 年 月 日
退所年月日	平成 年 月 日
短期入所 実日数	

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数 回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要
	合計							

緊急時施設療養費	緊急時傷病名		緊急時治療開始年月日	平成 年 月 日	
	緊急時治療管理(再掲)	単位	単位 ×	日	
	特定治療	リハビリテーション	点	摘要	
		処置	点		
		手術	点		
		麻酔	点		
放射線治療	点				
合計	点				

往診日数	医療機関名	通院日数	医療機関名
------	-------	------	-------

請求額集計欄	区分	保険分	公費分	保険分特定治療	公費分特定治療
	計画単位数				
	限度額管理対象単位数				
	限度額管理対象外単位数				
	給付点数・単位数				
	点数・単位数単価	円/単位		10円/点	10円/点
	給付率	/100	/100	/100	/100
	請求額(円)				
利用者負担額(円)					

特定入所者介護予防サービス費	サービス内容	サービスコード	費用単価(円)	負担限度額	日数	費用額(円)	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額
	合計									
							保険分請求額(円)		公費分請求額	

様式第五（附則第二条関係）

居宅サービス介護給付費明細書
（病院・診療所における短期入所療養介護）

公費負担者番号															平成			年				月分	
公費受給者番号															保険者番号								

被保険者	被保険者番号																										
	(フリガナ)																										
	氏名																										
	生年月日	1.明治	2.大正	3.昭和		性別	1.男	2.女																			
	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

請求事業者	事業所番号																											
	事業所名称																											
	所在地																											
	連絡先	電話番号																										

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													
	事業所番号													
	事業所名称													

入所年月日	平成			年			月			日
退所年月日	平成			年			月			日
短期入所 実日数										

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要	
	合計								

特定診療費	傷病名										
	識別番号	内容	単位数	回数	保険分単位数	公費回数	公費分単位数	摘要			
合計											

請求額集計欄	区分	保険分	公費分	保険分特定診療費	公費分特定診療費
	計画単位数				
	限度額管理対象単位数				
	限度額管理対象外単位数				
	給付単位数				
	単位数単価		円 / 単位	10 円 / 単位	10 円 / 単位
	給付率	/ 100	/ 100	/ 100	/ 100
	請求額（円）				
利用者負担額（円）					

特定入所者介護サービス費	サービス内容	サービスコード	費用単価(円)	負担限度額	日数	費用額(円)	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額	
	合計										
						保険分 請求額(円)		公費分 請求額		公費分本人負担月額	

様式第六（附則第二条関係）

地域密着型サービス介護給付費明細書
 （認知症対応型共同生活介護（短期利用以外））

公費負担者番号										平成			年			月分
公費受給者番号										保険者番号						

被保険者	被保険者番号										
	(フリガナ)										
	氏名										
	生年月日	1.明治	2.大正	3.昭和	性別	1.男	2.女				
	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

請求事業者	事業所番号									
	事業所名称									
	所在地	〒			-					
	連絡先	電話番号								

入居年月日	平成			年			月			日	退居年月日	平成			年			月		日	入居実日数		外泊日数	
入居前の状況	1.居宅 2.医療機関 3.介護老人福祉施設 4.介護老人保健施設 5.介護療養型医療施設 6.認知症対応型共同生活介護 7.特定施設入居者生活介護 8.その他																							
退居後の状況	1.居宅 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																							

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要	
		合計							

請求額集計欄	区分	保険分	公費分
	単位数合計		
	単位数単価	円 / 単位	
	給付率	/ 100	/ 100
	請求額（円）		
利用者負担額（円）			

様式第六之三（附則第二条関係）

居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書
 （特定施設入居者生活介護・地域密着型特定施設入居者生活介護）

公費負担者番号										
公費受給者番号										

平成			年			月分		
保険者番号								

被保険者	被保険者番号 (ワガナ)															
	氏名															
	生年月日	1.明治	2.大正	3.昭和	性別	1.男	2.女									
	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

請求事業者	事業所番号													
	事業所名称													
	所在地	〒						-						
	連絡先	電話番号												

入居年月日	平成		年		月		日	退居年月日	平成		年		月		日	入居実日数				外泊日数			
入居前の状況	1.居宅 2.医療機関 3.介護老人福祉施設 4.介護老人保健施設 5.介護療養型医療施設 6.認知症対応型共同生活介護 7.特定施設入居者生活介護 8.その他																						
退居後の状況	1.居宅 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																						

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要	
		合計							

請求額集計欄	区分	保険分	公費分
	外部利用型給付上限単位数		
	外部利用型上限管理対象単位数		
	給付単位数		
	単位数単価	円 / 単位	
	給付率	/ 100	/ 100
	請求額（円）		
	利用者負担額（円）		

介護予防サービス介護給付費明細書
(介護予防特定施設入居者生活介護)

公費負担者番号										
公費受給者番号										

平成			年			月分
保険者番号						

被保険者	被保険者番号 (ワガナ)															
	氏名															
	生年月日	1.明治	2.大正	3.昭和	性別	1.男	2.女									
	要支援状態区分	要支援1・要支援2														
	認定有効期間	平成		年		月		日	から	平成		年		月		日

請求事業者	事業所番号														
	事業所名称														
	所在地	〒						-							
	連絡先	電話番号													

入居年月日	平成		年		月		日	退居年月日	平成		年		月		日	入居実日数				外泊日数			
入居前の状況	1.居宅 2.医療機関 3.介護老人福祉施設 4.介護老人保健施設 5.介護療養型医療施設 6.認知症対応型共同生活介護 7.特定施設入居者生活介護 8.その他																						
退居後の状況	1.居宅 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																						

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要	
			合計						

請求額集計欄	区分	保険分	公費分
	外部利用型給付上限単位数		
	外部利用型上限管理対象単位数		
	給付単位数		
	単位数単価	円 / 単位	
	給付率	/ 100	/ 100
	請求額 (円)		
	利用者負担額 (円)		

地域密着型サービス介護給付費明細書
（認知症対応型共同生活介護（短期利用））

公費負担者番号															
公費受給者番号															

平成			年			月分		
保険者番号								

被保険者	被保険者番号																								
	(7桁)																								
	氏名																								
	生年月日	1.明治	2.大正	3.昭和							性別	1.男	2.女	年			月			日					
	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

請求事業者	事業所番号																									
	事業所名称																									
	所在地	〒														-										
	連絡先	電話番号																								

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														
	事業所番号														
	事業所名称														

入居年月日	平成			年			月			日
退居年月日	平成			年			月			日
短期利用 実日数										

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要	
	合計								

請求額集計欄	区分	保険分				公費分			
	計画単位数								
	限度額管理対象単位数								
	限度額管理対象外単位数								
	給付単位数								
	単位数単価				円 / 単位				
	給付率				/ 100				/ 100
	請求額（円）								
利用者負担額（円）									

地域密着型介護予防サービス介護給付費明細書
(介護予防認知症対応型共同生活介護(短期利用))

公費負担者番号		平成		年		月分
公費受給者番号		保険者番号				

被保険者	被保険者番号	
	(7桁) 氏名	
	生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和 年 月 日 性別 1.男 2.女
	要支援状態区分	要支援 2
	認定有効期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで

請求事業者	事業所番号	
	事業所名称	
	所在地	〒 -
	連絡先	電話番号

介護予防サービス計画	2.被保険者自己作成 3.介護予防支援事業者作成
	事業所番号
	事業所名称

入居年月日	平成	年	月	日
退居年月日	平成	年	月	日
短期利用 実日数				

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要	
		合計							

請求額集計欄	区分	保険分	公費分
	計画単位数		
	限度額管理対象単位数		
	限度額管理対象外単位数		
	給付単位数		
	単位数単価	円/単位	
	給付率	/ 100	/ 100
	請求額(円)		
利用者負担額(円)			

様式第八（附則第二条関係）

施設サービス等・地域密着型サービス介護給付費明細書
 （介護福祉施設サービス・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護）

公費負担者番号																				
公費受給者番号																				

平成						年						月								
保険者番号																				

被保険者	被保険者番号																					
	(フリガナ)																					
	氏名																					
	生年月日	1.明治	2.大正	3.昭和	性別	1.男	2.女															
	要介護状態区分	要介護 1・2・3・4・5				旧措置入所者特例		1.無 2.有														
認定有効期間	平成			年			月			日	から	平成			年			月			日	まで

請求事業者	事業所番号																				
	事業所名称																				
	所在地	〒																			
	連絡先	電話番号																			

入所年月日	平成			年			月			日	退所年月日	平成			年			月			日	入所実日数							外泊日数										
入所前の状況	1.居宅 2.医療機関 3.介護老人福祉施設 4.介護老人保健施設 5.介護療養型医療施設 6.認知症対応型共同生活介護 7.特定施設入居者生活介護 8.その他																																						
退所後の状況	1.居宅 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																																						

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数 回数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要	
		合計							

区分	保険分	公費分
単位数合計		
単位数単価	円 / 単位	
給付率	/ 100	/ 100
請求額（円）		
利用者負担額（円）		

特定入所者介護サービス費	サービス内容	サービスコード	費用単価(円)	負担限度額	日数	費用額(円)	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額	
		合計									
						保険分 請求額(円)		公費分 請求額		公費分本人負担月額	

社会福祉法人等による軽減欄	軽減率	%	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
	51	介護福祉施設サービス				
54	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護					

様式第十（附則第二条関係）

施設サービス等介護給付費明細書
（介護療養施設サービス）

公費負担者番号		平成		年		月分
公費受給者番号		保険者番号				

被保険者	被保険者番号				
	(フリガナ)				
	氏名				
	生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和 性別 1.男 2.女			
	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
請求事業者	事業所番号				
	事業所名称				
	所在地	〒 -			
	連絡先	電話番号			

入院年月日	平成	年	月	日	退院年月日	平成	年	月	日	入院実日数		外泊日数	
主傷病		入院前の状況		1.居宅 2.医療機関 3.介護老人福祉施設 4.介護老人保健施設 5.介護療養型医療施設 6.認知症対応型共同生活介護 7.特定施設入居者生活介護 8.その他									
退院後の状況		1.居宅 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											

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数 回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要	
	合計								

特定診療費	傷病名							
	識別番号	内容	単位数	回数	保険分単位数	公費回数	公費分単位数	摘要
	合計							

請求額集計欄	区分	保険分	公費分	保険分特定診療費	公費分特定診療費
	単位数合計				
	単位数単価	円 / 単位		10円 / 単位	10円 / 単位
	給付率	/ 100	/ 100	/ 100	/ 100
	請求額（円）				
利用者負担額（円）					

特定入所者介護サービス費	サービス内容	サービスコード	費用単価(円)	負担限度額	日数	費用額(円)	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額
	合計									
						保険分 請求額(円)		公費分 請求額		公費分本人負担月額

