

記載例

(月途中で福祉事務所変更)

(参考資料)

平成 30 年 3 月 30 日付け厚労省事務連絡

「介護保険事務処理システム変更に係る参考資料の送付について(確定版)」内

「Ⅲ 介護給付費請求書・明細書及びインタフェース関係」

資料4「介護給付費請求書・明細書及び給付管理票記載例」 記載例 19-1

事例1

変更前に1回(1月5日)、変更後に1回(1月30日)

合計2回サービスを実施した場合

様式第一（附則第二条関係）

令和	0	6	年	0	1	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。

令和6年2月〇日

事業所番号	1	2	4	X	X	X	X	X	X	X	X
請求事業所	名称		〇〇薬局								
	〒		1	2	3	-	4	5	6	7	
所在地		千葉県〇〇市××1-2-3									
連絡先		123-456-7890									

2枚で1件のため
件数は1件を記載

保険分の単位数、費用合計、
保険請求額を記載

変更前・変更後の公費請求額
の合計を記載

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	1	682	6820	6138	682	0					
居宅介護支援・ 介護予防支援											
合計	1	682	6820	6138	682	0					

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	2	682	6820	682			
10 生保 居宅介護支援・ 介護予防支援							
21 障目・通院医療							
15 障自・更生医療							
19 原爆・一般							
54 難病法							
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				682			

変更前と変更後で公費負担者番号は
2つのため、公費分件数は2件を記載

変更前、変更後の公費分単位数、費用合計、公費請求額
の合計を記載

様式第二 (附則第二条関係)

1枚目のレセプト

居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書

(訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護・訪問リハ・居宅療養管理指導・通所介護・通所リハ・福祉用具貸与・定期巡回・随時対応型訪問介護看護・夜間対応型訪問介護・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護(短期利用以外)・小規模多機能型居宅介護(短期利用)・複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用以外)・複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用))

公費負担者番号	1	2	1	2	1	1	1	1	1	令和	0	6	年	0	1	月分
公費受給者番号	1	1	1	1	1	1	1	1	1	保険者番号	1	2	△	△	△	△

被保険者	被保険者番号	9	9	9	9	9	9	9	9	9	事業所番号	1	2	4	X	X	X	X	X	X	X
	(7カガ) 氏名	カゴ タロウ 介護 太郎									事業所名称	〇〇薬局									
	生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和			性別			1.男 2.女			〒	1	2	3	-	4	5	6	7		
	要介護状態区分	要介護 1・2・3・4・5									千葉県〇〇市××1-2-3										
	認定有効期間	令和 03年01月01日 から									変更前の公費負担者番号・受給者番号を記載										
		令和 06年12月31日 まで									連絡先	電話番号 123-456-7890									

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				

開始年月日	1. 平成			年			月	回数・単位数に全2回分の請求を記載 (居宅療養管理指導の場合は摘要欄に全2回分の実施日も記載)	
中止理由	2. 令和				1. 非該当	3. 医療機関入院	4. 死亡		5. その他

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
薬剤師居宅療養Ⅱ5	3 1 1 2 4 6	3 4 1	2	6 8 2	1	3 4 1	5,30
公費分回数・単位数に変更前1回分の請求を記載							

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			0					
⑤限度額管理対象単位数			0					
⑥限度額管理対象外単位数			0					給付率 (/100)
⑦給付単位数 (④⑤のうち少ない数) + ⑥			6 8 2					保険 9 0
⑧公費分単位数			3 4 1					公費 1 0 0
⑨単位数単価	1 0 0 0	円/単位		円/単位		円/単位		合計
⑩保険請求額			6 1 3 8					6 1 3 8
⑪利用者負担額			0					0
⑫公費請求額			3 4 1					3 4 1
⑬公費分本人負担			0					0

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

2 枚中 1 枚目

様式第二 (附則第二条関係)

2枚目のレセプト

居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書

(訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護・訪問リハ・居宅療養管理指導・通所介護・通所リハ・福祉用具貸与・定期巡回・随時対応型訪問介護看護・夜間対応型訪問介護・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護(短期利用以外)・小規模多機能型居宅介護(短期利用)・複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用以外)・複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用))

公費負担者番号	1	2	1	2	2	2	2	2	2	令和	0	6	年	0	1	月分
公費受給者番号	2	2	2	2	2	2	2	2	2	保険者番号	1	2	△	△	△	△

被保険者	被保険者番号	9	9	9	9	9	9	9	9	9	請求事	事業所番号	1	2	4	X	X	X	X	X	X	X
	(フリガナ) 氏名	カゴ 知ウ 介護 太郎										事業所名称	〇〇薬局									
	生年月日	1.明治	2.大正	3.昭和	性別	〒 1 2 3 - 4 5 6 7 千葉県〇〇市×× 1-2-3									変更後の公費負担者番号・受給者番号を記載							
	要介護状態区分	要介護 1・2・3・4・5																				
	認定有効期間	令和 03年01月01日 から	令和 06年12月31日 まで	連絡先	電話番号 123-456-7890																	

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			
開始年月日	1. 平成	年	月	回数・単位数に全2回分の請求を記載 (居宅療養管理指導の場合は摘要欄に全2回分の実施日も記載) ※1枚目と同じ	
中止理由	1.非該当	3.医療機関入院	4.死亡	5.その他	6.介護医療院入所

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
薬剤師居宅療養Ⅱ 5	3 1 1 2 4 6	3 4 1	2	6 8 2	1	3 4 1	5.30
公費分回数・単位数に変更後1回分の請求を記載							

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	3	日						
④計画単位数			0					
⑤限度額管理対象単位数			0					
⑥限度額管理対象外単位数			0					給付率 (/100)
⑦給付単位数 (④⑤のうち少ない数) + ⑥			6 8 2					保険 9 0
⑧公費分単位数			3 4 1					公費 1 0 0
⑨単位数単価	1 0 0 0	円/単位						合計
⑩保険請求額			6 8 2					6 1 3 8
⑪利用者負担額			0					0
⑫公費請求額			3 4 1					3 4 1
⑬公費分本人負担			0					0
全2回分の実日数・単位数合計を記載 ※1枚目と同じ								
変更後1回分の公費分単位数を記載								
全2回分の保険請求額を記載 ※1枚目と同じ								
変更後1回分の公費請求額を記載								

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
「2枚中2枚目」を記載							

2 枚中 2 枚目

事例2

変更前に2回(1月5日、6日)、変更後に1回(1月30日)
合計3回サービスを実施した場合

様式第一（附則第二条関係）

令和	0	6	年	0	1	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。

令和6年2月〇日

事業所番号	1	2	4	X	X	X	X	X	X	X	X
請求事業所	名称		〇〇薬局								
	〒		1	2	3	-	4	5	6	7	
所在地		千葉県〇〇市××1-2-3									
連絡先		123-456-7890									

2枚で1件のため
件数は1件を記載

保険分の単位数、費用合計、
保険請求額を記載

変更前・変更後の公費請求額
の合計を記載

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	1	1023	10230	9207	1023	0					
居宅介護支援・ 介護予防支援											
合計	1	1023	10230	9207	1023	0					

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	2	1023	10230	1023			
10 生保 居宅介護支援・ 介護予防支援							
21 障目・通院医療							
15 障自・更生医療							
19 原爆・一般							
54 難病法							
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				1023			

変更前と変更後で公費負担者番号は
2つのため、公費分件数は2件を記載

変更前、変更後の公費分単位数、費用合計、公費請求額
の合計を記載

様式第二 (附則第二条関係)

1枚目のレセプト

居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書

(訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護・訪問リハ・居宅療養管理指導・通所介護・通所リハ・福祉用具貸与・定期巡回・随時対応型訪問介護看護・夜間対応型訪問介護・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護(短期利用以外)・小規模多機能型居宅介護(短期利用)・複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用以外)・複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用))

公費負担者番号	1	2	1	2	1	1	1	1	1	令和	0	6	年	0	1	月分
公費受給者番号	1	1	1	1	1	1	1	1	1	保険者番号	1	2	△	△	△	△

被保険者	被保険者番号	9	9	9	9	9	9	9	9	9	請求事	事業所番号	1	2	4	X	X	X	X	X	X	X
	(7カガ) 氏名	カゴ タロウ 介護 太郎										事業所名称	〇〇薬局									
	生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和			性別			1.男 2.女				〒	1	2	3	-	4	5	6	7		
	要介護状態区分	要介護 1・2・3・4・5										千葉県〇〇市××1-2-3										
	認定有効期間	令和 03年01月01日 から										連絡先 電話番号 123-456-7890										
	令和 06年12月31日 まで																					

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					

開始年月日	1. 平成			年			月	回数・単位数に全3回分の請求を記載 (居宅療養管理指導の場合は摘要欄に全3回分の実施日も記載)
中止理由	2. 令和				3. 非該当	4. 医療機関入院	5. 死亡	
	9. 介護医療院入所							

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
薬剤師居宅療養Ⅱ5	3 1 1 2 4 6	3 4 1	3	1 0 2 3	2	6 8 2	5,6,30
公費分回数・単位数に変更前2回分の請求を記載							

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	3	日						
④計画単位数		0						
⑤限度額管理対象単位数		0						
⑥限度額管理対象外単位数		0						給付率 (/100)
⑦給付単位数 (④⑤のうち少ない数) + ⑥	1 0 2 3							保険 9 0
⑧公費分単位数	6 8 2							公費 1 0 0
⑨単位数単価	1 0 0 0	円/単位						合計
⑩保険請求額	9 2 0 7							9 2 0 7
⑪利用者負担額	0							0
⑫公費請求額	6 8 2							6 8 2
⑬公費分本人負担	0							0

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

2 枚中 1 枚目

様式第二 (附則第二条関係)

2枚目のレセプト

居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書

(訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護・訪問リハ・居宅療養管理指導・通所介護・通所リハ・福祉用具貸与・定期巡回・随時対応型訪問介護看護・夜間対応型訪問介護・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護(短期利用以外)・小規模多機能型居宅介護(短期利用)・複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用以外)・複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用))

公費負担者番号	1 2 1 2 9 9 9 9	令和	0 6	年	0 1	月分
公費受給者番号	2 2 2 2 2 2 2	保険者番号	1 2	△ △ △ △		

被保険者	被保険者番号	9 9 9 9 9 9 9 9 9 9	事業所番号	1 2 4 X X X X X X X
	(フリガナ) 氏名	カゴ 知ウ 介護 太郎	事業所名称	〇〇薬局
	生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和 1 1 年 1 1 月 1 1 日 性別 1.男 2.女	請求事	〒 1 2 3 - 4 5 6 7 千葉県〇〇市×× 1-2-3
	要介護状態区分	要介護 1・2・3・4・5	変更後の公費負担者番号・受給者番号を記載	
	認定有効期間	令和 0 3 年 0 1 月 0 1 日 から 令和 0 6 年 1 2 月 3 1 日 まで	連絡先	電話番号 123-456-7890

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
開始年月日	1.平成 2.令和 年 月
中止理由	1.非該当 3.医療機関入院 4.死亡 5.その他 6.介護医療院入所

回数・単位数に全3回分の請求を記載
(居宅療養管理指導の場合は摘要欄に全3回分の実施日も記載)
※1枚目と同じ

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
薬剤師居宅療養Ⅱ 5	3 1 1 2 4 6	3 4 1	3	1 0 2 3	1	3 4 1	5,6,30

公費分回数・単位数に変更後1回分の請求を記載

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	3 日						
④計画単位数		0					
⑤限度額管理対象単位数		0					
⑥限度額管理対象外単位数		0					給付率 (/100)
⑦給付単位数 (④⑤のうち少ない数) + ⑥		1 0 2 3					保険 9 0
⑧公費分単位数		3 4 1					公費 1 0 0
⑨単位数単価	1 0 0 0 円/単位						合計
⑩保険請求額		9 2 0 7					9 2 0 7
⑪利用者負担額		0					0
⑫公費請求額		3 4 1					3 4 1
⑬公費分本人負担		0					0

全3回分の実日数・単位数合計を記載
※1枚目と同じ

変更後1回分の公費分単位数を記載

全3回分の保険請求額を記載
※1枚目と同じ

変更後1回分の公費請求額を記載

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

「2枚中2枚目」を記載

2 枚中 2 枚目