

消 基 発 第 1 5 5 号
令和 5 年 3 月 29 日

各市町村長
各消防補償等組合管理者
各水防組合管理者
水害予防組合管理者

} 様

消防団員等公務災害補償等共済基金

常 務 理 事 寺 田 文 彦

福祉事業の実施に関する規程の一部改正について（通知）

福祉事業の実施に関する規程（昭和 47 年 10 月 20 日基金規程第 4 号）の一部を下記のとおり改正したので通知します。

記

1 改正概要

福祉事業に係る次の様式について、わかりやすく示すため、字句の整理や書式の見直し等を行ったこと。また、薬局・薬剤師業務の評価体系の見直しが行われたことに伴い、調剤費請求明細書（薬局用）の調剤報酬点数の項目を改めたこと。

- ・ 外科後処置・アフターケア費請求書
- ・ 診療費請求明細書（病院・診療所用）
- ・ 調剤費請求明細書（薬局用）
- ・ 施術料請求明細書（柔道整復師等用）
- ・ 訪問看護事業者の証明書

2 施行期日

令和 5 年 4 月 1 日

3 改正内容

次の表により、改正前欄に掲げる規定の下線を付した部分をこれに順次対応する改正後欄に掲げる規定の下線を付した部分のように改め、改正前欄及び改正後欄に対応して掲げるその標記部分に二重下線を付した規定（以下「対象規定」という。）は、当該対象規定を改正後欄に掲げるもののよう改める。

診療費請求明細書（病院・診療所用）

		氏名									
診療時の症状	診療開始日		年		月	日					
	診療期間		年		月	日から	診療実日数	日			
診療の内容：点数によるもの（□病院 □診療所）		点数（点）	※	審査	転帰		□治ゆ	□中止	□死亡	□継続	□転医
初診	時間外・休日・深夜	回	診療の内容（基金基準）		※		審査				
再診	再診・外来診療料	×	回	初診料	円						
	外来管理加算	×	回	再診料	×		回				
	時間外	×	回	再診時療養指導管理料	×		回				
	休日	×	回	その他							
深	夜	×	回	計							
指導在宅							摘要				
投薬	内服薬	薬剤	単位	調剤	×	回	単位				
	屯服	薬剤									
	外用薬	薬剤	単位	調剤	×	回					
	処方				×	回					
麻毒調基											
注射	薬剤										
処置	薬剤										
手術麻酔検査	薬剤										
画像診断その他	薬剤										
入院	処方せん										
	入院年月日	年		月	日						
	入院基本料・加算										
	特定入院料・その他										
食療	食事療養				円						
	基Ⅰ	□(1) □特別食	回								
	基Ⅱ	□(1) □特別食	回								
	食堂加算	日									
入院時室料加算関係											
室料種類	□個室 □二人	期間		から		日					
取容理由	□三人 □四人	請求額		円		※	円				
計											
ア 診療報酬点数表により計算できるもの		(合計点数)		(1点単価)		点×		円	銭=	円	※
イ 診療報酬点数表により計算できないもの		(文書料、治療用具代、入院室料加算等)				円				※	
診療費請求合計額(ア+イ)						円				※	
上記の事項は事実と相違ないことを証明します。											
年		月	日	医療機関の		所在地		名称		医師の氏名	
[注意事項]											
1 ※印の欄は記入しないこと。又、該当する「□」にレ印を記入すること。											
2 「イ 診療報酬点数表により計算できないもの」の欄には、金額及び明細(文書料、治療用具代等)を記入すること。											
3 この様式中、診療内容の詳細については、この様式への記入に代えて、同様事項を記載した診療報酬明細書を添付してもよいこと。なお、その場合であっても、この様式の提出は必須であること。											
4 消防組織法等に基づく療養に要する費用(診療費、文書料、治療材料費等)は、消費税が非課税であること(消費税法施行令第14条第20号)。											

診療費請求明細書（病院・診療所用）

		氏名									
診療時の症状	診療開始日		年		月	日					
	診療期間	年	月	日から	診療実日数	日					
診療の内訳（□病院 □診療所）		※	審査	転帰	□治ゆ	□中止	□死亡	□継続	□転医		
初診	時間外・休日・深夜	回	点	診療の内容（基金基準）		※		審査			
再診	再診・外来診療料	×	回	初診料	円						
	外来管理加算	×	回	再診料	×		回				
	時間外	×	回	再診時療養指導管理料	×		回				
	休日	×	回	その他							
深	夜	×	回	計							
指導在宅							摘要				
投薬	内服	薬剤	単位	調剤	×	回	単位				
	屯服	薬剤									
	外用	薬剤	単位	調剤	×	回					
	処方				×	回					
麻毒調基											
注射	皮下筋肉内	回									
処置	静脈内	回									
手術麻酔検査	その他	回									
画像診断その他	薬剤										
入院	処方せん										
	入院年月日	年		月	日						
	入院基本料・加算										
	特定入院料・その他										
食事療養				円							
基Ⅰ	□(1) □特別食	回									
基Ⅱ	□(1) □特別食	回									
食堂加算	日										
入院時室料加算関係											
室料種類	□個室 □二人	期間		から		日					
取容理由	□三人 □四人	請求額		円		※	円				
計											
ア 診療報酬点数表により計算できるもの		(合計点数)		(1点単価)		点×		円	銭=	円	※
イ 診療報酬点数表により計算できないもの		(文書料、治療用具、入院時室料加算等)				円				※	
診療費請求合計額(ア+イ)						円				※	
上記の事項は事実と相違ないことを証明します。											
年		月	日	医療機関の		所在地		名称		医師の氏名	
[注意事項]											
1 ※印の欄は記入しないこと。また、該当する「□」にレ印を記入すること。											
2 「イ 診療報酬点数表により計算できないもの」の欄には、金額及び明細(文書料、治療用具等)を記入すること。											
3 この診療費請求明細書の記入に代えて、同様事項を記載した医師の証明書(診療報酬明細書)を添付してもよいこと。											
4 消防組織法等に基づく療養に要する費用(診療費、文書料、治療材料費等)では、消費税が非課税であること(消費税法施行令第14条第20号)。											

3

調剤費請求明細書(薬局用)

氏

名

処方せんを交付した医療機関の										所在地 名称 医師の氏名		受付回数	回
処方月日	調剤月日	処 方		調 剤 数 量	調 剤 報 酬 点 数			※ 審 査	点				
		医薬品・規格・用量・剤型・用法	単位薬剤料		薬剤調製料 調剤管理料	薬剤料	加算料						
・	・		点		点	点	点	点					
・	・												
・	・												
・	・												
・	・												
・	・												
・	・												
・	・												
・	・												
・	・												
・	・												
・	・												
・	・												
・	・												
・	・												
・	・												
・	・												
摘 要													
請 求 点		※ 決 定 点	調剤基本料 点	時間外等加算 点		指 導 料 点							
調 剤 費 請 求 額		円 ※ 円											
上記の事項は事実と相違ないことを証明します。													
年 月 日 薬局の 所在地 名称 薬剤師の氏名													

[注意事項]

1 ※印の欄には記入しないこと。また、該当する「□」にレ印を記入すること。

2 この様式中、処方内容の詳細については、この様式への記入に代えて、同様事項を記載した調剤報酬明細書を添付してもよいこと。なお、その場合であっても、この様式の提出は必須であること。

3 消防組織法等に基づく療養に要する費用（診療費、文書料、治療材料費等）では、消費税が非課税であること（消費税法施行令第14条第20号）。

調剤費請求明細書(薬局用)

氏

名

処方せんを交付した医療機関の										所在地 名称 医師の氏名		受付回数	回
処方月日	調剤月日	処 方		調 剤 数 量	調 剤 報 酬 点 数			※ 審 査	点				
		医薬品・規格・用量・剤型・用法	単位薬剤料		薬剤調製料 調剤管理料	薬剤料	加算料						
・	・		点		点	点	点	点					
・	・												
・	・												
・	・												
・	・												
・	・												
・	・												
・	・												
・	・												
・	・												
・	・												
・	・												
・	・												
・	・												
・	・												
・	・												
・	・												
摘 要													
請 求 点		※ 決 定 点	調剤基本料 点	時間外等加算 点		指 導 料 点							
調 剤 費 請 求 額		円 ※ 円											
上記の事項は事実と相違ないことを証明します。													
年 月 日 薬局の 所在地 名称 薬剤師の氏名													

[注意事項]

1 ※印の欄には記入しないこと。また、該当する「□」にレ印を記入すること。

2 この調剤費請求明細書の記入に代えて、同様事項を記載した薬剤師の証明書〔調剤報酬明細書〕を添付してもよいこと。

3 消防組織法等に基づく療養に要する費用（診療費、文書料、治療材料費等）では、消費税が非課税であること（消費税法施行令第14条第20号）。

施術料請求明細書(柔道整復師等用)				氏 名		3号紙			
施術時の 症状				初検日	年 月 日	施 術 実日数		日	
				施 術 期 間	年 月 日から 年 月 日まで				
				転 帰	☐ 治ゆ ☐ 中止 ☐ 継続 ☐ 死亡 ☐ 転医				
施 療 の 内 容				※ 審 査	摘 要				
初 検 料	時 間 内	円	円						
	時 間 外								
	深 夜								
再 検 料	年 月 日								
指 導 管 理 料	年 月 日から 年 月 日まで	回							
	普 通	回							
	夜間・難路	回							
往 療 料	距離(片道)	km							
	暴 風 雨	回							
	同 一 家 屋	回							
初 回 処 置 料	☐ 整復料	回							
	☐ 固定料	回							
	☐ 施療料	回							
後 療 料		回							
		回							
		回							
運 動 療 法	回								
温 電 法 料	月 日から 月 日まで	回							
	月 日から 月 日まで	回							
冷 電 法 料	月 日から 月 日まで	回							
	月 日から 月 日まで	回							
電 療 料		回							
		回							
レントゲン料	回								
宿 泊 料	入 院 料	月 日から 日間							
		月 日まで							
	食 事 料	月 日から 日間							
	月 日まで								
そ の 他									
合 計					医 師 の 同 意 の 有 無	☐ 有 ☐ 無			
施 術 料 請 求 額				円※					
上 記 の 事 項 は 事 実 と 相 違 い な い こ と を 証 明 し ま す 。 年 月 日 所在地 施 術 所 の 名 称 施術者の氏名									

[注意事項]

1 ※印の欄には記入しないこと。また、該当する「□」にレ印を記入すること。

2 この様式中、施療の内容の詳細については、この様式への記入に代えて、同様事項を記載した施術証明書を添付してもよいこと。なお、その場合であっても、この様式の提出は必須であること。

3 消防組織法等に基づく療養に要する費用（診療費、文書料、治療材料費等）では、消費税が非課税であること（消費税法施行令第14条第20号）。

施術料請求明細書(柔道整復師等用)				氏 名		3号紙			
施術時の 症状				初検日	年 月 日	施 術 実日数		日	
				施 術 期 間	年 月 日から 年 月 日まで				
				転 帰	☐ 治ゆ ☐ 中止 ☐ 継続 ☐ 死亡 ☐ 転医				
施 療 の 内 容				※ 審 査	摘 要				
初 検 料	時 間 内	円	円						
	時 間 外								
	深 夜								
再 検 料	年 月 日								
指 導 管 理 料	年 月 日から 年 月 日まで	回							
	普 通	回							
	夜間・難路	回							
往 療 料	距離(片道)	km							
	暴 風 雨	回							
	同 一 家 屋	回							
初 回 処 置 料	☐ 整復料	回							
	☐ 固定料	回							
	☐ 施療料	回							
後 療 料		回							
		回							
		回							
運 動 療 法	回								
温 電 法 料	月 日から 月 日まで	回							
	月 日から 月 日まで	回							
冷 電 法 料	月 日から 月 日まで	回							
	月 日から 月 日まで	回							
電 療 料		回							
		回							
レントゲン料	回								
宿 泊 料	入 院 料	月 日から 日間							
		月 日まで							
	食 事 料	月 日から 日間							
	月 日まで								
そ の 他									
合 計					医 師 の 同 意 の 有 無	☐ 有 ☐ 無			
施 術 料 請 求 額				円※					
上 記 の 事 項 は 事 実 と 相 違 い な い こ と を 証 明 し ま す 。 年 月 日 所在地 施 術 所 の 名 称 施術者の氏名									

[注意事項]

1 ※印の欄には記入しないこと。また、該当する「□」にレ印を記入すること。

2 この施術料請求明細書の記入に代えて、同様事項を記載した施術者の証明書を添付してよいこと。

3 消防組織法等に基づく療養に要する費用（診療費、文書料、治療材料費等）では、消費税が非課税であること（消費税法施行令第14条第20号）。

訪問看護事業者の証明書

氏 名

傷病名			(訪問看護期間)																																				
(傷病の経過)			年 月 日から 年 月 日まで 訪問看護の回数 回																																				
基本療養費	☐ 保健師 ☐ 看護師 ☐ 理学療法士 ☐ 作業療法士	指示年月日 年 月 日 主治医への直近報告年月日 年 月 日	(訪問日) <table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td></tr> <tr><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td></tr> <tr><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td></tr> <tr><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td colspan="4"></td></tr> </table>		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31				
	1	2			3	4	5	6	7																														
	8	9			10	11	12	13	14																														
	15	16			17	18	19	20	21																														
	22	23			24	25	26	27	28																														
29	30	31																																					
円 × 回 円																																							
円 × 回 円																																							
円 × 回 円																																							
円 × 回 円																																							
管理療養費	初 日 円 2回目以降 回 円																																						
情報提供療養費	円	提供した情報の概要																																					
ターミナルケア療養費	円 死亡年月日 年 月 日	情報提供先の市(区)町村の名称 (備考)																																					
合計	円																																						
訪問看護を指示した医療機関の名称及び主治医の氏名 医療機関の名称 主治医氏名																																							
上記の事項は事実と相違ないことを証明します。 年 月 日 訪問看護事業者の <table border="0"> <tr> <td rowspan="3">{</td> <td>所在地</td> </tr> <tr> <td>名称</td> </tr> <tr> <td>代表者氏名</td> </tr> </table>					{	所在地	名称	代表者氏名																															
{	所在地																																						
	名称																																						
	代表者氏名																																						

[注意事項]

- 該当する□に✓印を記入すること。
- この様式中、訪問看護の内容の詳細については、この様式への記入に代えて、同様事項を記載した訪問看護療養費明細書を添付してもよいこと。なお、その場合であっても、この様式の提出は必須であること。

訪問看護事業者の証明書

氏 名

傷病名			(訪問看護期間)																																				
(傷病の経過)			年 月 日から 年 月 日まで 訪問看護の回数 回																																				
基本療養費	☐ 保健師 ☐ 看護師 ☐ 理学療法士 ☐ 作業療法士	指示年月日 年 月 日 主治医への直近報告年月日 年 月 日	(訪問日) <table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td></tr> <tr><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td></tr> <tr><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td></tr> <tr><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td colspan="4"></td></tr> </table>		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31				
	1	2			3	4	5	6	7																														
	8	9			10	11	12	13	14																														
	15	16			17	18	19	20	21																														
	22	23			24	25	26	27	28																														
29	30	31																																					
円 × 回 円																																							
円 × 回 円																																							
円 × 回 円																																							
円 × 回 円																																							
管理療養費	初 日 円 2回目以降 回 円																																						
情報提供療養費	円	提供した情報の概要																																					
ターミナルケア療養費	円 死亡年月日 年 月 日	情報提供先の市(区)町村の名称 (備考)																																					
合計	円																																						
訪問看護を指示した医療機関の名称及び主治医の氏名 医療機関の名称 主治医氏名																																							
上記の事項は事実と相違ないことを証明します。 年 月 日 訪問看護事業者の <table border="0"> <tr> <td rowspan="3">{</td> <td>所在地</td> </tr> <tr> <td>名称</td> </tr> <tr> <td>代表者氏名</td> </tr> </table>					{	所在地	名称	代表者氏名																															
{	所在地																																						
	名称																																						
	代表者氏名																																						

[注意事項]

- 該当する□に✓印を記入すること。
- この訪問看護事業者の証明書の記入に代えて、同様事項を記載した訪問看護事業者の証明書を添付してもよいこと。