

平成20年4月21日

保険医療機関

各位

保険薬局

神奈川県国民健康保険団体連合会

平成20年度健康保険法等の一部改正に伴う診療（調剤）報酬請求書様式の変更について

平素より本会審査支払業務に格別のご理解ご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、平成20年度健康保険法等の一部を改正する法律の施行に伴い、国民健康保険の請求書様式を別紙のとおり一部変更いたします。また、4月1日付お知らせ（診療報酬請求方法の変更について）の内容について下記のとおり変更がありますのでよろしくお願いたします。

お知らせ内容に変更がありましたことを深くお詫びいたします。不明な点がございましたら下記の事務担当までご連絡ください。

記

1 請求書様式について

国民健康保険の新請求書様式は別添のとおりです。その他は4月1日付お知らせ（診療報酬請求方法の変更について）のとおりです。

医事コンピューターで請求書を印字されている保険医療機関・保険薬局様は、請求書様式の変更をお願いします。

国保連合会、市町村窓口等で請求書を入手されている保険医療機関・保険薬局様は、当分の間旧請求書にてご請求をお願いします。

2 その他

総括票につきましては、4月1日付お知らせ（診療報酬請求方法の変更について）において様式・記載方法に変更がないことをご通知しましたが、これを別添の様式に変更し、4月中に新総括票を保険医療機関・保険薬局宛に送付いたします。

総括票の記載方法は、国保分、後期高齢者分ごとに集計し当該の記載欄に件数、点数を記載します。なお、食事生活欄は国保分、後期高齢者分を合算してください。

以上

事務担当 審査第一部審査第一課

045(329)3411

平成 年 月分診療報酬請求書 (医科・歯科)

保険者 殿

診療科

医療機関コード

下記のとおり請求する。

保険医療機関の
所在地及び名称

平成 年 月 日

開設者氏名



国民健康保険

| 区分 | 療養の給付 | | | | ※療養の決定 | | | | 食事療養・生活療養 | | | | |
|--------|---------|-----|----|-------|--------|-----|----|-------|-----------|----|----|----|-------|
| | 件数 | 実日数 | 点数 | 一部負担金 | 件数 | 実日数 | 点数 | 一部負担金 | 区分 | 件数 | 回数 | 金額 | 標準負担額 |
| 一般被保険者 | 入院 | 11 | | | | | | | 13 | | | | |
| | 入院外 | 12 | | | | | | | | | | | |
| | 障害入院 | 01 | | | | | | | 03 | | | | |
| | 障害入院外 | 02 | | | | | | | | | | | |
| | 7割以上入院 | 51 | | | | | | | 53 | | | | |
| | 7割以上入院外 | 52 | | | | | | | | | | | |
| 7割以上 | 入院 | 61 | | | | | | | 63 | | | | |
| | 入院外 | 62 | | | | | | | | | | | |
| 六歳未満 | 入院 | 81 | | | | | | | 83 | | | | |
| | 入院外 | 82 | | | | | | | | | | | |
| 退職者 | 本人入院 | 15 | | | | | | | 14 | | | | |
| | 本人入院外 | 16 | | | | | | | | | | | |
| | 障害本人入院 | 05 | | | | | | | 04 | | | | |
| | 障害本人入院外 | 06 | | | | | | | | | | | |
| 七割以上 | 入院 | 55 | | | | | | | 54 | | | | |
| | 入院外 | 56 | | | | | | | | | | | |
| 九割以上 | 入院 | 65 | | | | | | | 64 | | | | |
| | 入院外 | 66 | | | | | | | | | | | |
| 被扶養者 | 7割入院 | 17 | | | | | | | 19 | | | | |
| | 7割入院外 | 18 | | | | | | | | | | | |
| | 障害7割入院 | 07 | | | | | | | 09 | | | | |
| | 障害7割入院外 | 08 | | | | | | | | | | | |
| 六歳未満 | 8割入院 | 87 | | | | | | | 89 | | | | |
| | 8割入院外 | 88 | | | | | | | | | | | |
| 老人保健 | 7割入院 | 75 | | | | | | | 74 | | | | |
| | 7割入院外 | 76 | | | | | | | | | | | |
| | 9割入院 | 77 | | | | | | | 79 | | | | |
| | 9割入院外 | 78 | | | | | | | | | | | |

| 再掲(公費) | 法別名 | コード | 件数 | 法別名 | コード | 件数 | 法別名 | コード | 件数 | 法別名 | コード | 件数 | 再掲(特記事項) | 法別名 | コード | 件数 |
|--------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----|------|-----|-----|----------|-----|-----|----|
| | 結核 | 10 | | 麻薬 | 22 | | 小慢 | 52 | | 成・成せ | 89 | | | 公 | 01 | |
| 命入 | 11 | | 母子 | 23 | | 児福 | 53 | | | | | 長 | 02 | | | |
| 更生 | 15 | | 療介 | 24 | | 石綿 | 66 | | | | | 長 処 | 03 | | | |
| 育成 | 16 | | 感染 | 28 | | 障施 | 79 | | | | | 減免 | 08 | | | |
| 療育 | 17 | | 新感染 | 29 | | 障老健 | 80 | | | | | 原老健 | 13 | | | |
| 原爆 | 19 | | 肝炎 | 38 | | 乳 | 81 | | | | | 経過 | 15 | | | |
| 措入 | 20 | | 老人 | 41 | | 親 | 85 | | | | | 長 2 | 16 | | | |
| 精通 | 21 | | 特定 | 51 | | せ | 88 | | | | | 二割 | 20 | | | |

1. 公費は、入外・一般・退職者・老人保健を合算して記入してください。
2. 再掲欄の(長)欄は、公費の(長)を含めて記入してください。
3. ※欄は記入しないでください。

※増減 91

※返戻 92

| | | | | | | | | |
|-------|--------|----|----|---|-----|----|----|---|
| ※高療養費 | 一般被保険者 | 件数 | 金額 | 円 | 退職者 | 件数 | 金額 | 円 |
|-------|--------|----|----|---|-----|----|----|---|

平成 年 月分診療（調剤）報酬受付受領書

1枚目

（神奈川県国民健康保険団体連合会）

| 保険医療機関番号 | | | | 点数表区分 | 1. 医 科 | ※ 受 付 印 | | |
|--------------------------------|------------------|--------|-----|-------|-----------|---------------------------------------|-----|--|
| | | | | | 3. 歯 科 | | | |
| | | | | | 4. 調 剤 | | | |
| | | | | | 6. 訪 問 | | | |
| 請 求 | 保険者数 (請求書の枚数) | | 区 分 | 件 数 | 点 数 (金 額) | | 備 考 | |
| | 国 保 | 1. 入 院 | | | | 処方せん受付回数 回 | | |
| | | 2. 入院外 | | | | | | |
| | 後 期 | 3. 入 院 | | | | | | |
| | | 4. 入院外 | | | | | | |
| | 計 | 入 院 | | | | | | |
| | | 入院外 | | | | | | |
| | 5. 食事生活 | | | | 円 | | | |

- 注
- 1) この受領書は国保連合会へ診療（調剤）報酬請求をされる場合に添付して下さい。
 - 2) 保険者数の欄は、保険者毎の明細書に添付された請求書の枚数を記入して下さい。
 - 3) ※印は記入しないで下さい。
 - 4) 訪問看護療養費の点数欄は、金額を記入して下さい。
 - 5) この用紙は3枚で1組です。

平成 年 月分診療（調剤）報酬総括票

2・3枚目

（神奈川県国民健康保険団体連合会）

| 保険医療機関番号 | | | 点数表区分 | 1. 医 科 | ※ 受 付 印 | | |
|------------|------------------|--------|-------|--------|------------------|-----|---------------|
| | | | | 3. 歯 科 | | | |
| | | | | 4. 調 剤 | | | |
| | | | | 6. 訪 問 | | | |
| 請 求 | 保険者数 (請求書の枚数) | | 区 分 | 件 数 | 点 数 (金 額) | 備 考 | ※ 審 査 済 印 |
| | 国 保 | 1. 入 院 | | | | | 処方せん受付回数 回 |
| | | 2. 入院外 | | | | | |
| | 後 期 | 3. 入 院 | | | | | |
| | | 4. 入院外 | | | | | |
| | 計 | 入 院 | | | | | |
| | | 入院外 | | | | | |
| 5. 食事生活 | | | | 円 | | | |

- 注 1) この総括票は国保連合会へ診療（調剤）報酬請求をされる場合に添付して下さい。
 2) 保険者数の欄は、保険者毎の明細書に添付された請求書の枚数を記入して下さい。
 3) ※印は記入しないで下さい。
 4) 訪問看護療養費の点数欄は、金額を記入して下さい。