

# 平成 年 月分 診療(調剤)報酬請求総括票

## 国民健康保険

保険者名	件数
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	

保険者名	件数
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	
31	
32	
小 計	
合 計	

## 後期高齢者医療

広域連合名	件数
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
小 計	
合 計	
特 別 療 養 費	
保 険 者 数	

各合計欄について  
 総括票が2枚以上にわたる場合は、1枚目の合計欄に総合計を記載してください。

資格証明証によるレセプト枚数を記載してください。なお、枚数は別掲とし、レセプトは本体と一緒に編綴しないでください。

保険医療機関・保険薬局の所在地、名称及び開設者氏名

医科・歯科・調剤	医療機関 ・ 薬局 コード	
	標榜科目 (歯科・調剤不要)	

審査委員 検 印	
事務担当 者 検 印	

# 平成 年 月分 診療報酬請求書(医科・歯科)

保険医療機関の所在地及び名称・開設者氏名・電話番号

( ) 広域連合 殿

印

下記のとおり請求する。

平成 年 月 日

後期高齢者医療

広域連合番号						

県番号
2 0

総合病院診療科( )

医療機関コード						

	入 外	療養の給付				食事療養・生活療養				標準負担額
		件数	診療実日数	点数	一部負担金	件数	回数	金額		
(39-9) 後期高齢9割	請求	入 1								円
	外 2									
	※決定	入 1								
	外 2									
(39-7) 後期高齢7割	請求	入 1								
	外 2									
	※決定	入 1								
	外 2									

様式第八

## 公費負担医療

	入 外	療養の給付				食事療養・生活療養				標準負担額 (公費分)
		件数	診療実日数	点数	一部負担金	件数	回数	金額		
○	請求	入 1								円
	外 2									
	※決定	入 1								
	外 2									
○	請求	入 1								
	外 2									
	※決定	入 1								
	外 2									
○	請求	入 1								
	外 2									
	※決定	入 1								
	外 2									
○	請求	入 1								
	外 2									
	※決定	入 1								
	外 2									

注意 ※印の欄は、記入しないこと

※高額療養費	件数	
	金額	円

# 平成 年 月分 診療報酬請求書(医科・歯科)

保険医療機関の所在地及び名称・開設者氏名・電話番号

保険者  
( )殿

印

下記のとおり請求する。

平成 年 月 日

国民健康保険

保険者番号				

県番号	
2	0

総合病院診療科( )							
医療機関コード							

	入 外	療 養 の 給 付				食 事 療 養 ・ 生 活 療 養				標準負担額
		件数	診療実日数	点数	一部負担金	件数	回数	金額		
(25-8) 一般被保険者 (70歳以上一般・ 低所得)	請求	入 1								円
		外 2								円
	※決定	入 1								
		外 2								
(25-7) 一般被保険者 (70歳以上7割)	請求	入 1								
		外 2								
	※決定	入 1								
		外 2								
(25) 一般被保険者	請求	入 1								
		外 2								
	※決定	入 1								
		外 2								
(25-5) 一般被保険者 (6歳)	請求	入 1								
		外 2								
	※決定	入 1								
		外 2								
(67-3) 退職 (本人)	請求	入 1								
		外 2								
	※決定	入 1								
		外 2								
(67-4) 退職 (被扶養者)	請求	入 1								
		外 2								
	※決定	入 1								
		外 2								
(67-5) 退職 (6歳)	請求	入 1								
		外 2								
	※決定	入 1								
		外 2								

様式第六

注意 ※印の欄は、記入しないこと

※高額療養費	一般被保険者	件数		退職者	件数	
		金額	円		金額	円

# 診療報酬請求書（公費負担者医療）

総合病院診療科( )

保険者番号				

県番号	
2	0

医療機関コード					

公費負担医療

	入 外	療養の給付				食事療養・生活療養			
		件数	診療実日数	点数	一部負担金	件数	回数	金額	標準負担額
○	請求	入 1			円			円	円
		外 2							
	※決定	入 1							
		外 2							
○	請求	入 1							
		外 2							
	※決定	入 1							
		外 2							
○	請求	入 1							
		外 2							
	※決定	入 1							
		外 2							
○	請求	入 1							
		外 2							
	※決定	入 1							
		外 2							
○	請求	入 1							
		外 2							
	※決定	入 1							
		外 2							
○	請求	入 1							
		外 2							
	※決定	入 1							
		外 2							

注意 ※印の欄は、記入しないこと

## 改正に伴う各種留意事項等

長野県国民健康保険団体連合会

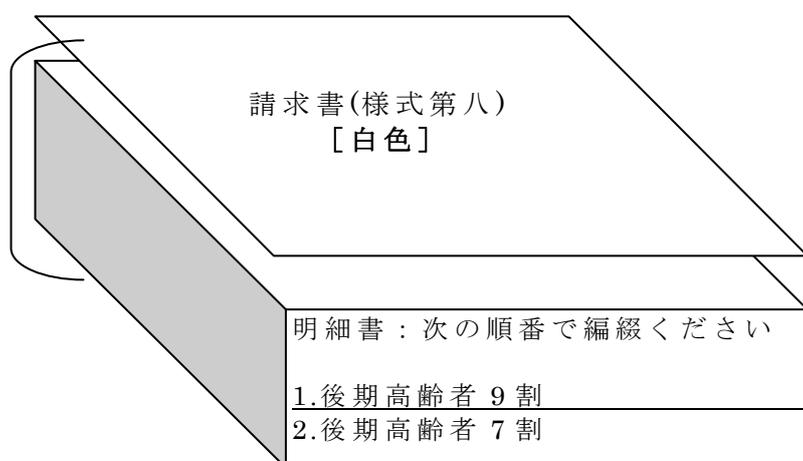
「後期高齢者医療の確保に関する法律」の施行に伴いまして、次の点についてご留意いただきますようお願いいたします。

### 後期高齢者医療の診療報酬請求について

今までの老人保健分については、社保・国保を分けて提出いただいておりますが、後期高齢者の診療報酬請求書は、一括長野県国保連合会へ提出いただきますようお願いいたします。

請求書単位の編綴方法は図①のとおりです。

#### 【図①】



- ・ 請求書は各都道府県ごとに作成してください。
- ・ 請求書は新たに配布する新様式「診療報酬請求書(医科・歯科)…様式八」を使用してください。
- ・ 請求書の「広域連合番号」欄には別紙「都道府県後期高齢者医療広域連合番号」を参照し、該当の都道府県の番号を記入ください。  
また、「( ) 広域連合 殿」欄には都道府県名を記入ください。

[長野県分の例]

レセプト単位では、市町村ごと異なる保険者番号になりますが、請求書は長野県1本でまとめ広域連合番号「39200001」を記入します。

### 国民健康保険の診療報酬請求について

「診療報酬請求書(医科・歯科)…様式六」又は「診療報酬請求書(医科・歯科 入院外)…様式六の二」を使用し次のとおり請求ください。

なお、「診療報酬請求書(医科・歯科)…様式六」には、公費負担医療分を記載する欄がありませんので、必要に応じて「診療報酬(公費負担医療)」を使用ください。

また、20年3月以前分の国民健康保険分を請求する際には次の点にご留意ください。

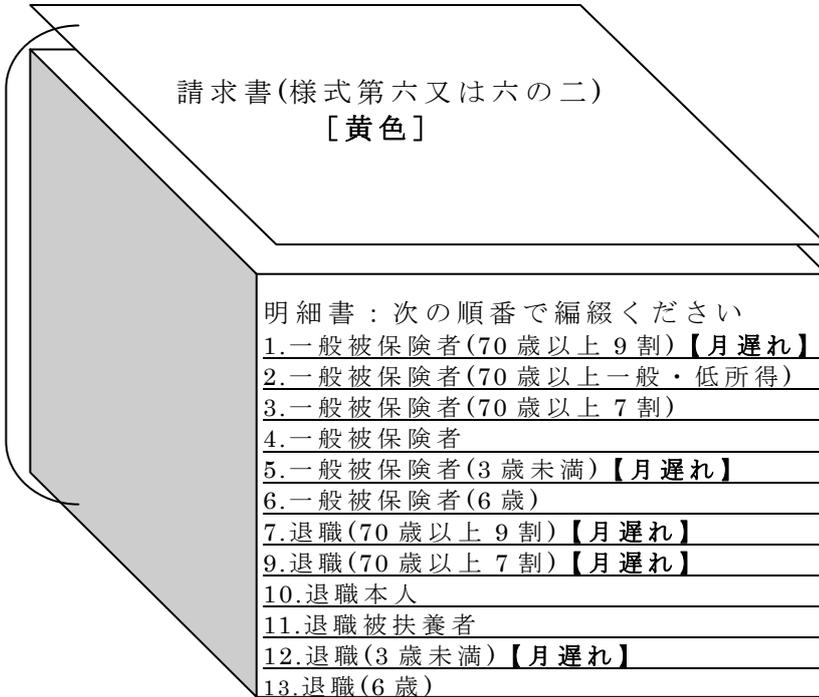
- ① 20年3月以前の「一般被保険者(70歳以上9割)」は「一般被保険者(70歳以上一般・低所得)」の欄に合算して記入ください。
- ② 20年3月以前の「一般被保険者3歳未満」は「一般被保険者(6歳)」の欄に合算して記入ください。
- ③ 20年3月以前の「退職者70歳以上」は「退職者本人」の欄に合算して記入ください。

い。

- ④ 20年3月以前の「退職者3歳未満」は「退職者(6歳)」の欄に合算して記入ください。

請求書単位の編綴方法は図②のとおりです。

【図②】



- ・ 請求書は市町村・国保組合(保険者番号)ごとに作成してください。
- ・ 請求書は新たに配布する新様式を使用ください。

#### 老人保健の診療報酬請求について

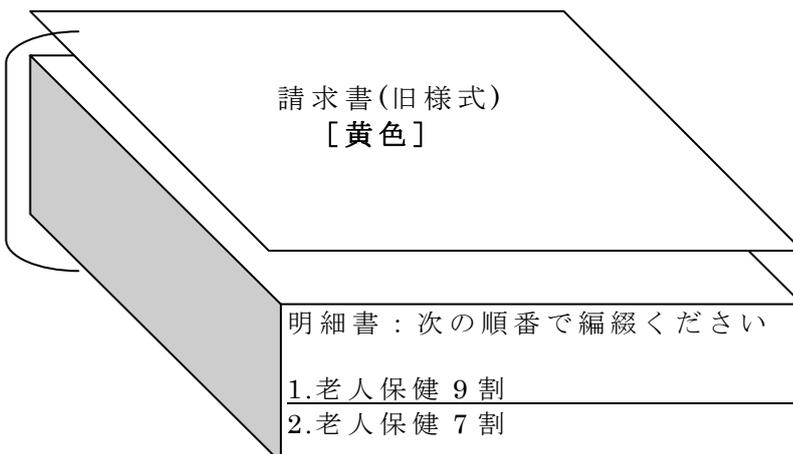
20年3月以前の老人保健分については、従来どおり社保・国保にそれぞれ請求ください。

国保連合会提出分については次の点についてご注意ください。

- ① 請求書は従前(20年3月以前)の様式を使用ください。
- ② 請求書に記載いただく診療年月は、明細書の診療年月にかかわらず「平成 20年 3月」と記載ください。
- ③ 老人保健分は国民健康保険分又は後期高齢者医療分のレセプトとは、請求書を分けて請求ください。

請求書単位の編綴方法は図③のとおりです。

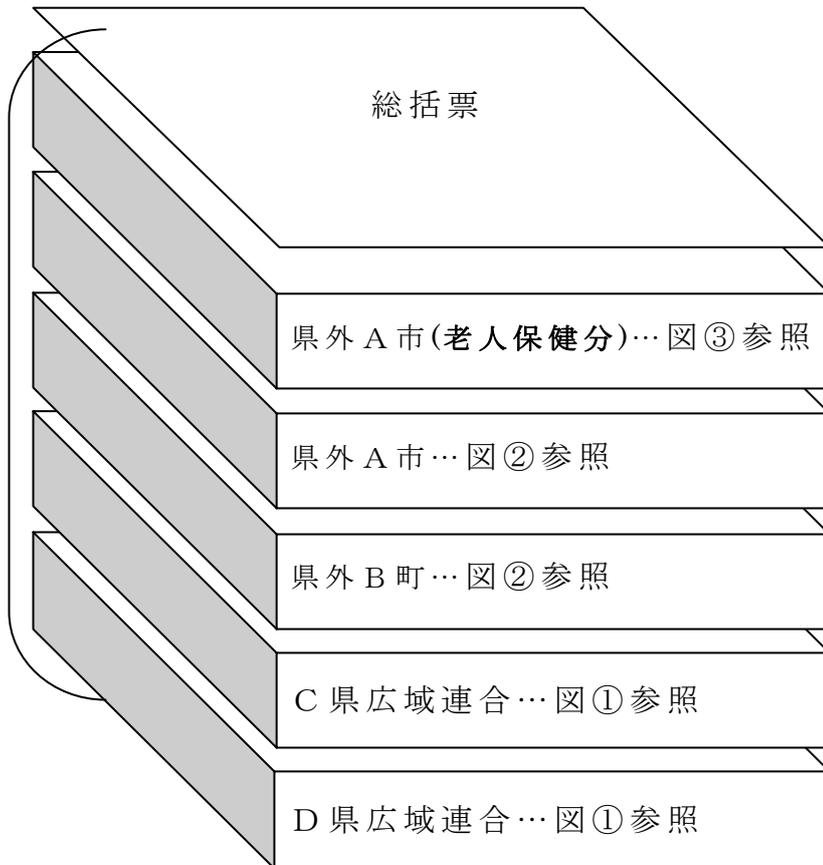
【図③】



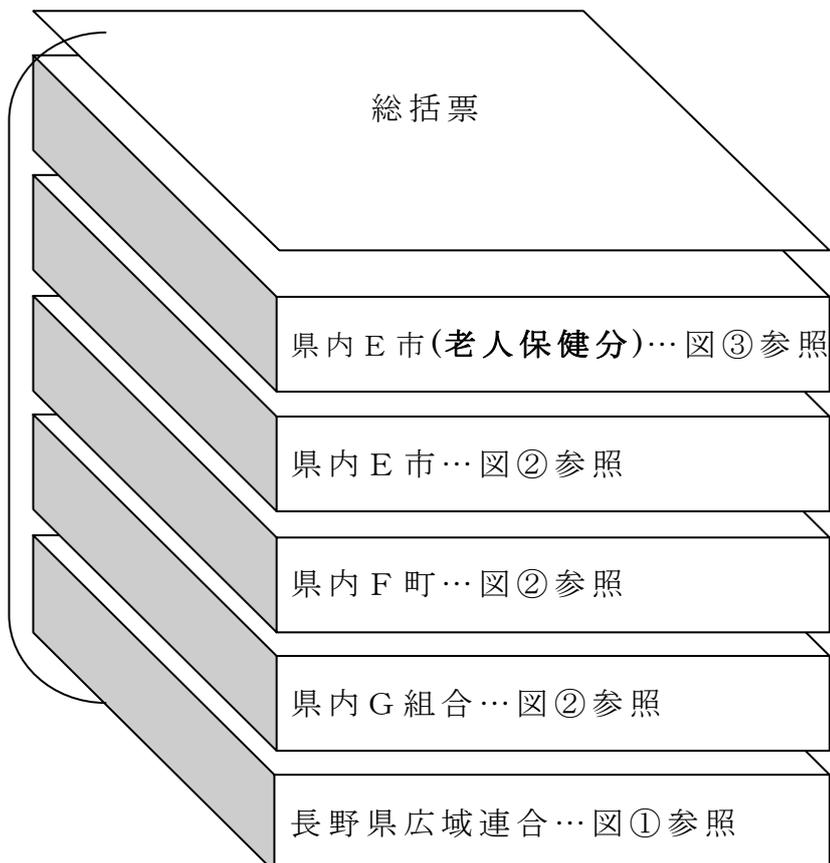
## 総括票単位の編綴について

総括票は従来どおり、県内・県外保険者分で分けて編綴ください。

### 【県外】



### 【県内】



診療報酬請求総括票

① 平成 年 月 分 診療(調剤)報酬請求総括票

国民健康保険		後期高齢者医療	
保険者名	件数	保険者名	件数
1		18	
2		19	
3		20	
4		21	
5		22	
6		23	
7		24	
8		25	
9		26	
10		27	
11		28	
12		29	
13		30	
14		31	
15		32	
16			
17			

広域連合名	件数
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
小計	
合計	

特別療養費	④
-------	---

保険者数	※
------	---

※合計欄について  
総括票が2枚以上にわたる場合は、1枚目の合計欄に総合計を記載してください。

資格証明書によるレセプト枚数を記載してください。なお、枚数は別掲とし、レセプトは本体と一緒に編綴しないでください。

医療機関・薬局コード	⑤	⑥	審査委員印
標榜科目(歯科・調剤は不要)			事務担当者印

診療報酬(調剤)請求総括票の記載方法について

診療(調剤)報酬請求総括票は、県内保険者分と県外保険者分を分けて作成ください。

- ① 診療年月を記載ください。
- ② 国民健康保険分の保険者名・件数をご記入ください。  
・同一の保険者であっても老人保健分(20年3月以前分)は別に記載ください。

【例】

国民健康保険	
保険者名	件数
A市(老健分)	1
A市	100
B町	50

- ③ 後期高齢者医療分の広域連合名(都道府県名)・件数をご記入ください。
- ④ 資格証明書によるレセプト枚数を記載してください。  
なお、枚数は別掲とし、レセプトは本体と一緒に編綴しないでください。
- ⑤ 保険医療機関・薬局コード及び標榜科目(歯科・調剤は不要)を記入ください。  
また医科、歯科、調剤の該当に○印をしてください。
- ⑥ 保険医療機関・保険薬局の所在地、名称及び開設者氏名を記載の上押印ください。