

(紙レセプト提出用)

## **福祉医療費関係書類作成方法**

平成 20 年 4 月

長野県国民健康保険団体連合会

## I 福祉レセプト提出先及び提出期限

提出先 「長野県国民健康保険団体連合会 事業企画課」

〒380-0871 長野市大字西長野字加茂北143番の8

長野県自治会館内

TEL026-238-1582

提出期限 診療月の翌月15日

## II 提出書類の作成方法等

### 1. 福祉医療費給付事業総括表

#### (1)記載方法

市町村コード・市町村名・件数・合計件数を市町村コード番号順に記載する。

総括表が複数枚にわたる場合は、合計件数は1枚目に記載する。

旧総合病院の場合は、診療科ごとに作成する。

#### (2)様式

別紙1参照。

#### (3)項目内容

| 項目名       | 記載内容                              |
|-----------|-----------------------------------|
| 診療年月      | 福祉医療費給付対象者の診療年月を記載する。<br>提出年月-1ヶ月 |
| 医療機関等所在地  | 医療機関等の所在地を記載する。                   |
| 医療機関等名称   | 医療機関等の名称を記載する。                    |
| 医療機関等電話番号 | 医療機関等の電話番号を記載する。                  |
| ※医療機関等コード | 医療機関等のコード番号(10桁)を記載する。            |
| 旧総合病院診療科  | 旧総合病院のとき診療科コード(2桁)を記載する。          |
| 市町村コード    | 福祉医療費給付対象者の市町村コード(3桁)を記載する。       |
| 市町村名      | 福祉医療費給付対象者の市町村名を記載する。             |
| 件数        | 福祉医療費給付対象者のレセプト写しの件数を記載する。        |
| 合計        | 全ての市町村の合計件数を記載する。                 |

#### ※医療機関コード(10桁)の構成

都道府県コード(2桁)+点数表(1桁)+地区コード(2桁)+機関コード(4桁)+CD(1桁)

都道府県コード:長野県 20 岐阜県 21

## 2. レセプト写等

診療報酬請求レセプト写に福祉市町村・事業・受給者番号を記載したもの、もしくは、レセプト様式に必要事項のみを記載したものを作成する（別紙2参照）。

◆必要事項（福祉番号15桁は全てのレセプトにおいて記載する。）

### 【医科】

平成 年 月分欄、都道府県番号欄、医療機関コード欄、保険種別1・保険種別2・本人家族欄、保険者番号欄、給付割合欄、記号番号欄、市町村番号欄（平成20年3月診療以前分のみ）、公費負担者番号①及び②欄、氏名欄、特記事項欄、医療機関の所在地及び名称欄、療養の給付欄、食事・生活療養欄

### 【歯科】

平成 年 月分欄、都道府県番号欄、医療機関コード欄、保険種別・保険種別2・本人家族欄、保険者番号欄、給付割合欄、記号番号欄、市町村番号欄（平成20年3月診療以前分のみ）、公費負担者番号欄、氏名欄、特記事項欄、医療機関の所在地及び名称欄、実日数欄、合計欄、一部負担金額欄、公費分点数欄、患者負担額（公費）欄

### 【調剤】

平成 年 月分欄、都道府県番号欄、薬局コード欄、保険種別・保険種別2・本人家族欄、保険者番号欄、給付割合欄、記号番号欄、市町村番号欄（平成20年3月診療以前分のみ）、公費負担者番号①及び②欄、氏名欄、特記事項欄、保険薬局の所在地及び名称欄、請求欄及び一部負担金額欄

### 【訪問看護】

平成 年 月分欄、都道府県番号欄、ステーションコード欄、保険種別・保険種別2・本人家族欄、保険者番号欄、給付割合欄、記号番号欄、市町村番号欄（平成20年3月診療以前分のみ）、公費負担者番号①及び②欄、氏名欄、特記事項欄、訪問看護ステーションの所在地及び名称欄、請求欄及び負担金額欄

## 3. レセプト写しの編綴方法

総括表を先頭に、市町村番号順にとりまとめる。（別紙3参照）

### （1）留意事項

- ①提出するレセプト写しは1枚目のみとし、続紙は添付しない。
- ②OCRエリアは、診療報酬請求時と同様に出力する。福祉関係の番号はOCRエリア内に出力しない。
- ③診療報酬請求用レセプトには福祉関係の番号を記入又は出力しない。
- ④福祉医療分写しを提出済みの場合には、診療報酬請求用レセプトを返戻などの理由により再提出する必要が生じても福祉医療分写しを再提出しないよう留意する。

## III コード一覧

書類作成にかかる各コードについては以下のとおり。

## 1. 旧総合病院診療科

| 診療科名   | 診療科コード | 診療科名       | 診療科コード |
|--------|--------|------------|--------|
| 内科     | 01     | 皮膚科        | 18     |
| 精神科    | 02     | 皮膚科        | 19     |
| 神経科    | 03     | 泌尿器科       | 20     |
| 神経内科   | 04     | 性病科        | 21     |
| 呼吸器科   | 05     | 二うつ婦門人科    | 22     |
| 消化器科   | 06     | 産婦人科       | 23     |
| 胃腸科    | 07     | 産婦人科       | 24     |
| 循環器科   | 08     | 婦人科        | 25     |
| 小児科    | 09     | 眼科         | 26     |
| 外科     | 10     | 鼻咽喉科       | 27     |
| 整形外科   | 11     | 耳鼻咽喉科      | 28     |
| 形成外科   | 12     | 放射線科       | 30     |
| 美容外科   | 13     | 麻酔科        | 31     |
| 脳神経外科  | 14     | 心療内科       | 33     |
| 呼吸器外科  | 15     | アレルギー科     | 34     |
| 心臓血管外科 | 16     | リウマチ科      | 35     |
| 小児外科   | 17     | リハビリテーション科 | 36     |

## 2. 点数表

| 表別   | コード |
|------|-----|
| 医科   | 1   |
| 歯科   | 3   |
| 調剤   | 4   |
| 訪問看護 | 6   |
| 柔整   | 7   |

## 3. 地区コード

| 地区名 | コード | 地区名  | コード | 地区名  | コード | 地区名  | コード |
|-----|-----|------|-----|------|-----|------|-----|
| 長野市 | 01  | 駒ヶ根市 | 10  | 南佐久郡 | 20  | 埴科郡  | 31  |
| 松本市 | 02  | 中野市  | 11  | 北佐久郡 | 21  | 上高井郡 | 32  |
| 上田市 | 03  | 大町市  | 12  | 小県郡  | 22  | 下高井郡 | 33  |
| 岡谷市 | 04  | 飯山市  | 13  | 諏訪郡  | 23  | 上水内郡 | 34  |
| 飯田市 | 05  | 茅野市  | 14  | 上伊那郡 | 24  | 下水内郡 | 35  |
| 諏訪市 | 06  | 塩尻市  | 15  | 下伊那郡 | 25  | 安曇野市 | 40  |
| 須坂市 | 07  | 佐久市  | 17  | 木曽郡  | 26  |      |     |
| 小諸市 | 08  | 千曲市  | 18  | 東筑摩郡 | 27  |      |     |
| 伊那市 | 09  | 東御市  | 19  | 北安曇郡 | 29  | 国立   | 80  |

## 4. 福祉市町村コード

(平成20年4月1日現在)

| 市町村名 | コード | 市町村名 | コード | 市町村名  | コード |
|------|-----|------|-----|-------|-----|
| 長野市  | 001 | 飯島町  | 048 | 小布施町  | 109 |
| 松本市  | 002 | 南箕輪村 | 049 | 高山村   | 111 |
| 上田市  | 003 | 中川村  | 050 | 山ノ内町  | 112 |
| 岡谷市  | 004 | 宮田村  | 052 | 木島平村  | 113 |
| 飯田市  | 005 | 木曾町  | 053 | 野沢温泉村 | 114 |
| 諏訪市  | 006 | 上松町  | 054 | 信州新町  | 115 |
| 須坂市  | 007 | 南木曾町 | 055 | 信濃町   | 117 |
| 小諸市  | 008 | 木祖村  | 057 | 飯綱町   | 118 |
| 伊那市  | 009 | 王滝村  | 061 | 小川村   | 122 |
| 駒ヶ根市 | 010 | 大桑村  | 062 | 中条村   | 123 |
| 中野市  | 011 | 筑北村  | 068 | 栄村    | 125 |
| 大町市  | 012 | 麻績村  | 069 |       |     |
| 飯山市  | 013 | 生坂村  | 071 |       |     |
| 茅野市  | 014 | 波田町  | 072 |       |     |
| 塩尻市  | 015 | 山形村  | 073 |       |     |
| 千曲市  | 016 | 朝日村  | 074 |       |     |
| 佐久市  | 017 | 安曇野市 | 076 |       |     |
| 佐久穂町 | 019 | 池田町  | 082 |       |     |
| 小海町  | 020 | 松川村  | 083 |       |     |
| 川上村  | 021 | 白馬村  | 086 |       |     |
| 南牧村  | 022 | 小谷村  | 087 |       |     |
| 南相木村 | 023 | 松川町  | 089 |       |     |
| 北相木村 | 024 | 高森町  | 090 |       |     |
| 軽井沢町 | 026 | 阿南町  | 091 |       |     |
| 御代田町 | 028 | 清内路村 | 093 |       |     |
| 立科町  | 029 | 阿智村  | 094 |       |     |
| 長和町  | 033 | 平谷村  | 096 |       |     |
| 東御市  | 034 | 根羽村  | 097 |       |     |
| 青木村  | 039 | 下條村  | 098 |       |     |
| 坂城町  | 040 | 壳木村  | 099 |       |     |
| 下諏訪町 | 042 | 天龍村  | 100 |       |     |
| 富士見町 | 043 | 泰阜村  | 101 |       |     |
| 原村   | 044 | 喬木村  | 102 |       |     |
| 辰野町  | 046 | 豊丘村  | 103 |       |     |
| 箕輪町  | 047 | 大鹿村  | 104 |       |     |

## 福祉医療費給付事業総括表

平成 年 月 診療分

|          |  |  |  |  |  |  |  |
|----------|--|--|--|--|--|--|--|
| 医療機関等コード |  |  |  |  |  |  |  |
|          |  |  |  |  |  |  |  |
| 旧総合病院診療科 |  |  |  |  |  |  |  |
|          |  |  |  |  |  |  |  |

|           |  |
|-----------|--|
| 医療機関等所在地  |  |
|           |  |
| 医療機関等名称   |  |
|           |  |
| 医療機関等電話番号 |  |
|           |  |

| 項目番号 | 市町村コード | 市町村名 | 件数 | 項目番号 | 市町村コード | 市町村名 | 件数 |
|------|--------|------|----|------|--------|------|----|
| 1    |        |      |    | 21   |        |      |    |
| 2    |        |      |    | 22   |        |      |    |
| 3    |        |      |    | 23   |        |      |    |
| 4    |        |      |    | 24   |        |      |    |
| 5    |        |      |    | 25   |        |      |    |
| 6    |        |      |    | 26   |        |      |    |
| 7    |        |      |    | 27   |        |      |    |
| 8    |        |      |    | 28   |        |      |    |
| 9    |        |      |    | 29   |        |      |    |
| 10   |        |      |    | 30   |        |      |    |
| 11   |        |      |    | 31   |        |      |    |
| 12   |        |      |    | 32   |        |      |    |
| 13   |        |      |    | 33   |        |      |    |
| 14   |        |      |    | 34   |        |      |    |
| 15   |        |      |    | 35   |        |      |    |
| 16   |        |      |    | 36   |        |      |    |
| 17   |        |      |    | 37   |        |      |    |
| 18   |        |      |    | 38   |        |      |    |
| 19   |        |      |    | 39   |        |      |    |
| 20   |        |      |    | 40   |        |      |    |
|      |        |      |    | (合計) |        |      |    |

注) 市町村コード順に記載してください。

| 診療報酬明細書(医科入院)      |                 |         |                 | 平成 年 月分 県番 | 医コ             | 医科   |       |         |         |   |
|--------------------|-----------------|---------|-----------------|------------|----------------|------|-------|---------|---------|---|
| 市町村                |                 | 老人受     |                 |            | 保険             |      |       |         |         |   |
| 公負①                |                 | 公受①     |                 |            |                |      |       |         |         |   |
| 公負②                | X X X X X X X X | 公受②     | X X X X X X X X |            | 記号・番号          |      |       |         |         |   |
| 区分<br>氏名<br>職業上の事由 |                 |         |                 | 特記事項<br>生  | 保険医療機関の所在地及び名称 | 医科入院 |       |         |         |   |
| 傷病名                |                 |         |                 |            | 診療開始日          |      | 転     |         | 診保      | 日 |
|                    |                 |         |                 |            |                |      | 帰     |         | 療実①     | 日 |
|                    |                 |         |                 |            |                |      |       |         | 日数②     | 日 |
| 11 初 診             | 回               |         |                 |            |                |      |       |         |         |   |
| 13 指 導             |                 |         |                 |            |                |      |       |         |         |   |
| 14 在 宅             |                 |         |                 |            |                |      |       |         |         |   |
| 20 投 薬             | 21 内 服          | 單       |                 |            |                |      |       |         |         |   |
|                    | 22 屯 服          | 回       |                 |            |                |      |       |         |         |   |
|                    | 23 外 用          | 單       |                 |            |                |      |       |         |         |   |
|                    | 24 調 剤          | 單       |                 |            |                |      |       |         |         |   |
|                    | 25 処 方          | 日       |                 |            |                |      |       |         |         |   |
|                    | 26 麻 毒          | 日       |                 |            |                |      |       |         |         |   |
|                    | 27 調 基          |         |                 |            |                |      |       |         |         |   |
| 30 注 射             | 31 皮下筋肉内        | 回       |                 |            |                |      |       |         |         |   |
|                    | 32 静 脈 内        | 回       |                 |            |                |      |       |         |         |   |
|                    | 33 そ の 他        | 回       |                 |            |                |      |       |         |         |   |
| 40 处 處             | 処 置             | 回       |                 |            |                |      |       |         |         |   |
|                    | 薬 剤             |         |                 |            |                |      |       |         |         |   |
| 50 手 薬             | 手術・麻醉           | 回       |                 |            |                |      |       |         |         |   |
|                    | 薬 剤             |         |                 |            |                |      |       |         |         |   |
| 60 検 査             | 検 査             | 回       |                 |            |                |      |       |         |         |   |
|                    | 薬 剤             |         |                 |            |                |      |       |         |         |   |
| 70 画 画             | 画 像 診 断         | 回       |                 |            |                |      |       |         |         |   |
|                    | 薬 剤             |         |                 |            |                |      |       |         |         |   |
| 80 他               | そ の 他           |         |                 |            |                |      |       |         |         |   |
|                    | 薬 剤             |         |                 |            |                |      |       |         |         |   |
| 90 入 院             | 入院年月日           | 年       | 月               | 日          |                |      |       |         |         |   |
|                    | 90 入院基本料・加算     |         |                 |            |                |      |       |         |         |   |
|                    | ×               | 日       |                 |            |                |      |       |         |         |   |
|                    | ×               | 日       |                 |            |                |      |       |         |         |   |
|                    | ×               | 日       |                 |            |                |      |       |         |         |   |
|                    | ×               | 日       |                 |            |                |      |       |         |         |   |
|                    | ×               | 日       |                 |            |                |      |       |         |         |   |
|                    | 92 特定入院料・その他    |         |                 |            |                |      |       |         |         |   |
| 保 費                | 請 求 点           | ※ 決 定 点 | 負 担 金 額 円       |            | 保 险            | 日    | 請 求 円 | ※ 決 定 円 | 標準負担額 円 |   |
| の ①                |                 |         |                 |            | 食 事            |      |       |         |         |   |
| 給 付 ②              |                 |         |                 |            | ・ 生 活 病 養      |      |       |         |         |   |

## ◆第二公費欄使用

第二公費負担者番号及び受給者番号エリアに  
 ・市町村番号(3桁)  
 ・事業番号(2桁)  
 ・受給者番号(10桁)  
 計15桁を負担者番号欄8桁、受給者番号欄7桁に分割して記入または印字すること。  
 (注)数字が墨線に重ならないようにすること。

## ◆欄外使用

欄外右下部に  
 ・市町村番号(3桁)  
 ・事業番号(2桁)  
 ・受給者番号(10桁)  
 計15桁を続けて印字すること。  
 (注)数字が墨線及びOCRエリアに重ならないようにすること。  
 OCRエリアも印字する。

|        |    |    |    |
|--------|----|----|----|
| ※高額療養費 | 円  | ※公 | 点  |
| 97 基準  | 円× | 日  | ※公 |
| 食事     | 円× | 日  |    |
| ・      | 円× | 日  |    |
| 生活     | 円× | 日  |    |

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

## 診療報酬明細書（医科入院外）

平成 年 月分 県番

医コ

|    |  |  |  |
|----|--|--|--|
| 医科 |  |  |  |
|----|--|--|--|

|     |                 |     |                 |
|-----|-----------------|-----|-----------------|
| 市町村 |                 | 老人受 |                 |
| 公負① |                 | 公受① |                 |
| 公負② | X X X X X X X X | 公受② | X X X X X X X X |

|       |  |  |  |
|-------|--|--|--|
| 保険    |  |  |  |
| 記号・番号 |  |  |  |

## 医科入院外

|        |   |      |
|--------|---|------|
| 氏名     |   | 特記事項 |
|        | 生 |      |
| 職業上の事由 |   |      |

保険医  
療機関  
の所在  
地及び  
名 称

( 床)

|     |  |       |    |    |    |
|-----|--|-------|----|----|----|
| 傷病名 |  | 診療開始日 | 転帰 | 診保 | 日  |
|     |  |       |    | 実① | 日  |
|     |  |       |    | 日  | 数② |

|     |           |   |   |
|-----|-----------|---|---|
| 1 1 | 初 診       | 回 |   |
| 1 2 | 再 診       | × | 回 |
| 再   | 外来管理加算    | × | 回 |
|     | 時 間 外     | × | 回 |
| 診   | 休 日       | × | 回 |
|     | 深 夜       | × | 回 |
| 1 3 | 指 導       |   |   |
| 1 4 | 往 診       | 回 |   |
| 在   | 夜 間       | 回 |   |
|     | 深夜・緊急     | 回 |   |
| 宅   | 在宅看者訪問診療  | 回 |   |
|     | そ の 他     |   |   |
|     | 薬 剤       |   |   |
| 2 0 | 2 1 内服薬剤  | 単 |   |
| 投   | 内服調剤      | × | 回 |
|     | 2 2 屯服薬剤  | 単 |   |
| 薬   | 2 3 外用薬剤  | 単 |   |
|     | 外用調剤      | × | 回 |
|     | 2 5 処 方   | × | 回 |
|     | 2 6 麻 毒   | 回 |   |
|     | 2 7 調 基   |   |   |
| 3 0 | 3 1 皮下筋肉内 | 回 |   |
| 注   | 3 2 静 脈 内 | 回 |   |
| 射   | 3 3 そ の 他 | 回 |   |
| 4 0 | 4 0 処 置   | 回 |   |
| 処   | 薬 剤       |   |   |
| 5 0 | 5 0 手術・麻酔 | 回 |   |
| 手   | 薬 剤       |   |   |
| 6 0 | 6 0 検 査   | 回 |   |
| 検   | 薬 剤       |   |   |
| 7 0 | 7 0 画像診断  | 回 |   |
| 画   | 薬 剤       |   |   |
| 8 0 | 8 0 処 方せん | 回 |   |
| 他   | そ の 他     |   |   |
|     | 薬 剤       |   |   |

## ◆第二公費欄使用

第二公費負担者番号及び受給者番号エリアに

- ・市町村番号（3桁）
- ・事業番号（2桁）
- ・受給者番号（10桁）

計15桁を負担者番号欄8桁、受給者番号欄7桁に分割して記入または印字する。

注) 数字が罫線に重ならないようにすること。

## ◆欄外使用

欄外右下部に

- ・市町村番号（3桁）
- ・事業番号（2桁）
- ・受給者番号（10桁）

計15桁を続けて印字する。

注) 数字が罫線及びOCRエリアに重ならない  
ようにすること。  
OCRエリアも印字する。

|    |       |         |          |  |
|----|-------|---------|----------|--|
| 保  | 請 求 点 | ※ 決 定 点 | 一部負担金額 円 |  |
| 療  |       |         |          |  |
| 費  |       |         |          |  |
| の① |       |         |          |  |
| 給  |       |         |          |  |
| 付② |       |         |          |  |

※高額 点 ※公 点 ※公 点

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

|        |
|--------|
| OCRエリア |
|--------|



## 調剤報酬明細書

平成 年 月分 県番

薬コ

調剤

|     |                 |     |                 |
|-----|-----------------|-----|-----------------|
| 市町村 |                 | 老人受 |                 |
| 公負① |                 | 公受① |                 |
| 公負② | X X X X X X X X | 公受② | X X X X X X X X |

|           |  |  |
|-----------|--|--|
| 保 勘       |  |  |
| 記 号 ・ 番 号 |  |  |

|        |   |      |
|--------|---|------|
| 氏名     |   | 特記事項 |
| 職業上の事由 | 生 |      |

保険薬局の所在地及び名称

調剤

|      |                                 |                        |                    |
|------|---------------------------------|------------------------|--------------------|
| 医療機関 | 保 1<br>險 2<br>医 3<br>氏 4<br>名 5 | 6<br>7<br>8<br>9<br>10 | 受保付回<br>回①回<br>數②回 |
|------|---------------------------------|------------------------|--------------------|

| 医師番号 | 処方月日 | 調剤月日 | 処 方              |    | 調剤単位薬剤料点 | 調 剤 報 酉 点 数 点 |     |     | 公費分点数点 |
|------|------|------|------------------|----|----------|---------------|-----|-----|--------|
|      |      |      | 医薬品名・規格・用量・剤型・用法 | 数量 |          | 調剤料           | 薬剤料 | 加算料 |        |
|      |      |      |                  |    |          |               |     |     |        |

## ◆第二公費欄

第二公費負担者番号及び受給者番号エリアに

- ・市町村番号（3桁）
- ・事業番号（2桁）
- ・受給者番号（10桁）

計15桁を負担者番号欄8桁、受給者番号欄7桁に分割して記入または印字する。

注) 数字が罫線に重ならないようにすること。

## ◆欄外使用

欄外右下部に

- ・市町村番号（3桁）
- ・事業番号（2桁）
- ・受給者番号（10桁）

計15桁を続けて印字する。

注) 数字が罫線及びOCRエリアに重ならないようにすること。  
OCRエリアも印字する。

|        |       |  |         |  |          |       |       |     |   |
|--------|-------|--|---------|--|----------|-------|-------|-----|---|
| 摘要     |       |  |         |  |          |       |       | ※高額 | 円 |
|        | 請 求 点 |  | ※ 決 定 点 |  | 一部負担金額 円 | 基本料 点 | 時間外 点 |     |   |
| 保<br>險 |       |  |         |  |          |       |       |     |   |
| ①      |       |  |         |  |          |       |       |     |   |
| ②      |       |  |         |  |          |       |       |     |   |

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

OCRエリア

## 訪問看護明細書

平成 年 月分 県番

6 訪問

|     |                 |     |                 |
|-----|-----------------|-----|-----------------|
| 市町村 |                 | 老人受 |                 |
| 公負① |                 | 公受① |                 |
| 公負② | X X X X X X X X | 公受② | X X X X X X X X |

|        |   |      |
|--------|---|------|
| 氏名     | 生 | 特記事項 |
| 職業上の事由 |   |      |

|       |  |
|-------|--|
| 心身の状態 |  |
|-------|--|

|        |  |
|--------|--|
| 主たる傷病名 |  |
|--------|--|

|          |               |
|----------|---------------|
| 指示期間     | 年 月 日 ~ 年 月 日 |
| (特別指示期間) | 年 月 日 ~ 年 月 日 |

|   |  |         |
|---|--|---------|
| 基 | 基本療養費（I）<br>⑩保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士<br>円 × 日 円<br>円 × 日 円 | (公費分金額) |
| 本 | ⑫准看護師<br>円 × 日 円<br>円 × 日 円                                |         |
| 療 | ⑬難病等複数回訪問加算<br>円 × 日 円                                     |         |
| 養 |  |         |

|   |   |  |
|---|---|--|
| 費 | 基本療養費（II）<br>⑭保健師、看護師、作業療法士<br>円 × 日 円<br>円 × 日 円 |  |
|   | ⑮延長時間加算<br>円 × 日 円                                |  |

|        |                        |  |
|--------|------------------------|--|
| ⑯管理療養費 | 21管理療養費<br>円 + 円 × 日 円 |  |
|        | 21管理療養費の加算<br>円 円 円    |  |

|              |  |   |   |
|--------------|--|---|---|
| 30情報提供療養費    |  | 円 | 円 |
| 40ターミナルケア療養費 |  | 円 | 円 |

|   |    |   |      |   |
|---|----|---|------|---|
| 保 | 請求 | 円 | ※ 決定 | 円 |
| ① |    |   |      |   |
| ② |    |   |      |   |

訪問

保険

記号・番号

訪問看護ステーションの所在地及び名称

訪問看護

訪問開始年月日 年 月 日

訪問終了年月時刻 年 月 日 午前 時 分

保日

実日

日(1)日

數(2)日

訪問終了 1 軽快 2 施設 3 医療機関 )

◆第二公費欄

第二公費負担者番号及び受給者番号エリアに

- 市町村番号（3桁）
- 事業番号（2桁）
- 受給者番号（10桁）

計15桁を負担者番号欄8桁、受給者番号

欄7桁に分割して記入または印字する。

注) 数字が墨線に重ならないようにすること。

8 9 10 11 12 13 14

15 16 17 18 19 20 21

22 23 24 25 26 27 28

29 30 31

主治医への直近報告年月日

年 月 日

提供した情報の概要

◆欄外使用

欄外右下部に

- 市町村番号（3桁）

- 事業番号（2桁）

- 受給者番号（10桁）

計15桁を続けて印字する。

注) 数字が墨線及びOCRエリアに重ならないようにすること。

OCRエリアも印字する。

特記事項

負担金額 円 基本利用料内訳 円

日 ×

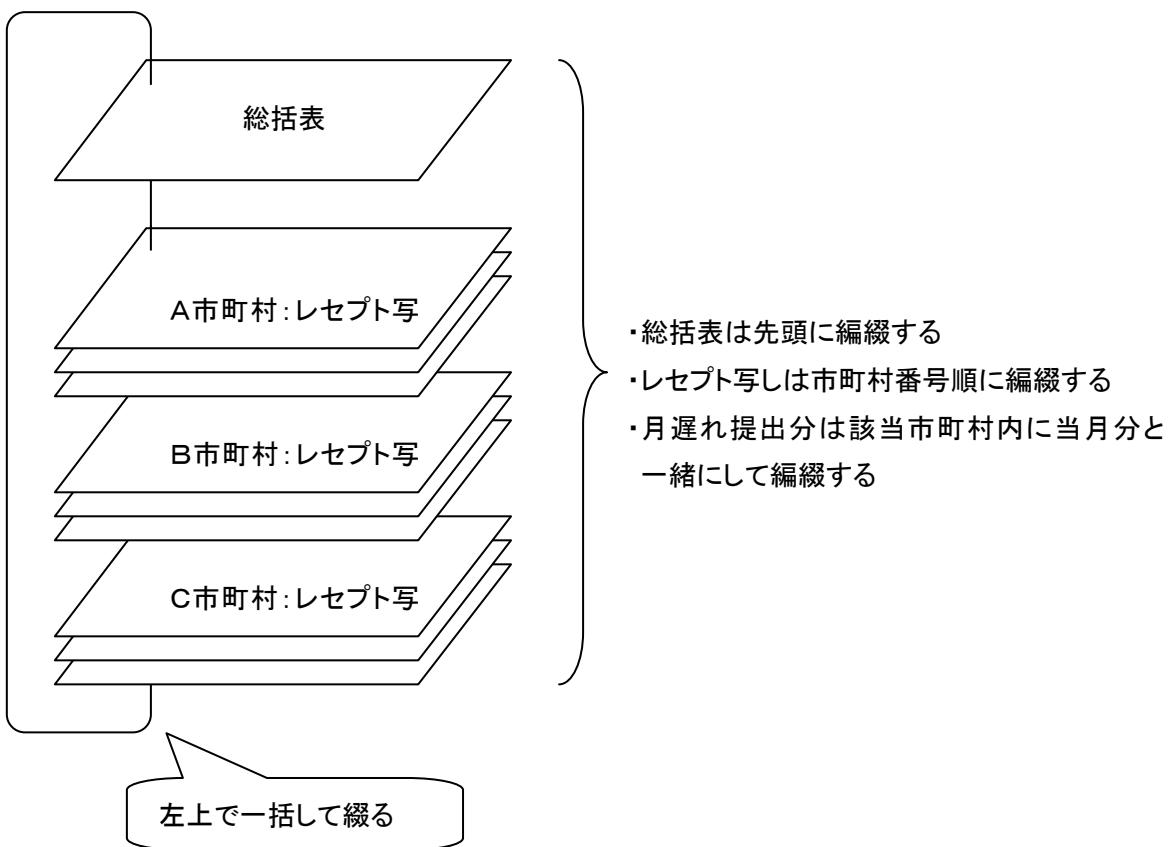
※ 高額療養費 円

X X X X X X X X X X X X X X X X

OCRエリア

(別紙3)

## 提出書類の編綴方法



※旧総合病院は、診療科ごとに総括表を作成して、各科ごとに上記のように編綴する。

※市町村内でのレセプト写しの並び順に指定はありません。