

(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。 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な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、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、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 泌 尿 器 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	こ う 門 科	22
消 化 器 科	06	産 婦 人 科	23
胃 腸 科	07	産 科	24
循 環 器 科	08	婦 人 科	25
小 児 科	09	眼 科	26
外 科	10	耳 鼻 咽 喉 科	27
整 形 外 科	11	気 管 食 道 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 ケ 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	売木村	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		

(別紙1)

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	

項番	市町村コード	市町村名	件数	項番	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

医科			
保 険			
記 号 ・ 番 号			

市町村		老人受	
公負①		公受①	
公負②	XXXXXX	公受②	XXXXXXXXXX

区分		特 記 事 項
氏 名		
職業上の事由		

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		転帰		診療実日数①		日
						診療実日数②		日

1 1	初 診		回
1 3	指 導		
1 4	在 宅		
2 0	投 薬	2 1 内 服	単 回
		2 2 屯 服	単 回
		2 3 外 用	単 回
		2 4 調 剤	単 回
		2 5 処 方	日 回
		2 6 麻 毒	日 回
		2 7 調 基	日 回
3 0	注 射	3 1 皮下筋肉内	回
		3 2 静 脈 内	回
		3 3 そ の 他	回
4 0	処 置	処 置	回
5 0	手術・麻酔	手術・麻酔	回
6 0	検 査	検 査	回
7 0	画 像 診 断	画 像 診 断	回
8 0	そ の 他	そ の 他	
9 0	入院年月日	年 月 日	
	9 0 入院基本料・加算		
		×	日
		×	日
		×	日
		×	日
		×	日
	9 2 特定入院料・その他		

◆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。

療 費 ①	請 求 点	※ 決 定 点	負 担 金 額 円	保 険 ①	日 請 求 円	※ 決 定 円	標 準 負 担 額 円
療 費 ②				保 険 ②			

XXXXXXXXXXXXXXXXX

診療報酬明細書（医科入院外）

平成 年 月 日 県番

医コ

市町村		老人受	
公費①		公費①	
公費②	X X X X X X X X	公費②	X X X X X X X X

医科			
保 険			
記 号 ・ 番 号			

医科入院外

氏 名		特 記 事 項
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		診療 実① 日数②	日
-----	--	-------	--	-----	--	-----------------	---

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	
在宅看者訪問診療			回	
宅 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		
2 3 外用薬剤		単		
外用調剤	×	回		
薬 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	処 置		回	
処 薬 剤				
5 0	手術・麻酔		回	
手 薬 剤				
6 0	検 査		回	
検 薬 剤				
7 0	画 像 診 断		回	
画 薬 剤				
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 険 費 の ①	請 求 点 ※	決 定 点	一部負担金額 円	
給 付 ②				
			※高額	点 ※公 点 ※公 点

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

OCRエリア

診療報酬明細書（歯科）

平成 年 月分 県番

医コ

歯科

市町村		老人受	
公費	X X X X X X X X X	公受	X X X X X X X X

保険	
記号・番号	

氏名		特記事項	補管
職業上の事由			届

保険医
療機関
所・名

歯 科

傷病名部位		開始日	年 月 日
		実日数	日 (日)

初診	時間外	休日	深夜	乳	
再診	再診	時間外	休日	深夜	乳

投薬・注射	内・屯・外・注	・調
-------	---------	----

X線検査	パ全額枚	模	平測	S培写+	基本検査
------	------	---	----	------	------

処置	即処	普処	覆罩	除去	根	即	失即	生切	スケーリン
----	----	----	----	----	---	---	----	----	-------

手術	乳	前	白	難	埋	+	付着	GEct	FOp
----	---	---	---	---	---	---	----	------	-----

麻酔	伝麻	浸麻	IS	+	その他	印象	+
----	----	----	----	---	-----	----	---

歯冠	前鑄ジ乳帯	失活	前鑄ジ乳帯	根面窩洞	メタルその他	咬合	試験	光・初	グ・複	その他	研磨	EE
----	-------	----	-------	------	--------	----	----	-----	-----	-----	----	----

修復	14K	パ	パ	裏装	パ前	パ小	乳	装	着
----	-----	---	---	----	----	----	---	---	---

欠損	有床義歯	1~4歯	12~14歯	床裏装	1~4歯	12~14歯	修理	保	修理	歯
----	------	------	--------	-----	------	--------	----	---	----	---

補綴	14K	双小	両大	両犬小	両前	ニ	線	14	双	不・特
----	-----	----	----	-----	----	---	---	----	---	-----

綴	義歯調整	I	II	新製・床裏装・I	算定	(年 月)
---	------	---	----	----------	----	---------

その他	
-----	--

摘要	
----	--

公費分請求	点数	決定	※	点	合計	点
-------	----	----	---	---	----	---

患者負担	(公)	円	決定	※	円	部
------	-----	---	----	---	---	---

高額療養費	※	円	一角	部	円
-------	---	---	----	---	---

◆公費欄使用

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桁に分割して記入又は印字する。
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桁を続けて記入又は印字する。
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。

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

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 X	公受②	X X X X X X X X X

保 険	
記 号 ・ 番 号	

氏 名		特 記 事 項
職業上の事由		

保険薬
局の所
在地及
び名称

調 剤

医 療 機 関		保 険 医 氏 名	1 6 2 7 3 8 4 9 5 10	受 保 回 数	① 回 ② 回
---------	--	-----------	----------------------------------	---------	------------

医師 番号	処方月日	調剤月日	処 方	調剤 数量	調 剤 報 酬 点 数 点	公費分点数
			医薬品名・規格・用量・剤型・用法	単位薬剤料点	調剤料 薬 剤 料 加 算 料	点

◆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
保 険	請 求 点	※ 決 定 点	一部負担金額 円	基本料 点	時間外 点	指 導 料	
①							
②							

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

OCRエリア

訪問看護明細書

平成 年 月 日 県番

訪コ

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

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

氏 名		生	
職業上の事由			

特記事項

心身の状態	
-------	--

訪問開始年月日	年 月 日	保 日
訪問終了年月日時分	年 月 日 午前 午後 時 分	実日数 ① 日
		② 日

主たる傷病名	
--------	--

訪問終了の状況	1 軽快 2 施設 3 医療機関
死亡	

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

主治医	
主治医	

⑩ 基本療養費 (I)	(公費分金額)	訪問日
⑪ 保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士	円 × 日 円	8 9 10 11 12 13 14
	円 × 日 円	15 16 17 18 19 20 21
	円 × 日 円	22 23 24 25 26 27 28
	円 × 日 円	29 30 31
⑫ 准看護師	円 × 日 円	
	円 × 日 円	
⑬ 難病等複数回訪問加算	円 × 日 円	
	円 × 日 円	
⑭ 基本療養費 (II)		
⑮ 保健師、看護師、作業療法士	円 × 日 円	
	円 × 日 円	
⑯ 延長時間加算	円 × 日 円	
	円 × 日 円	

主治医への直近報告年月日	年 月 日
--------------	-------

⑰ 管理療養費	21管理療養費	円 + 円 × 日 円	円
	21管理療養費の加算	円	円

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。	

30情報提供療養費		円	円
40ターミナルケア療養費		円	円

保 険	請 求 円	※ 決 定 円
①		
②		

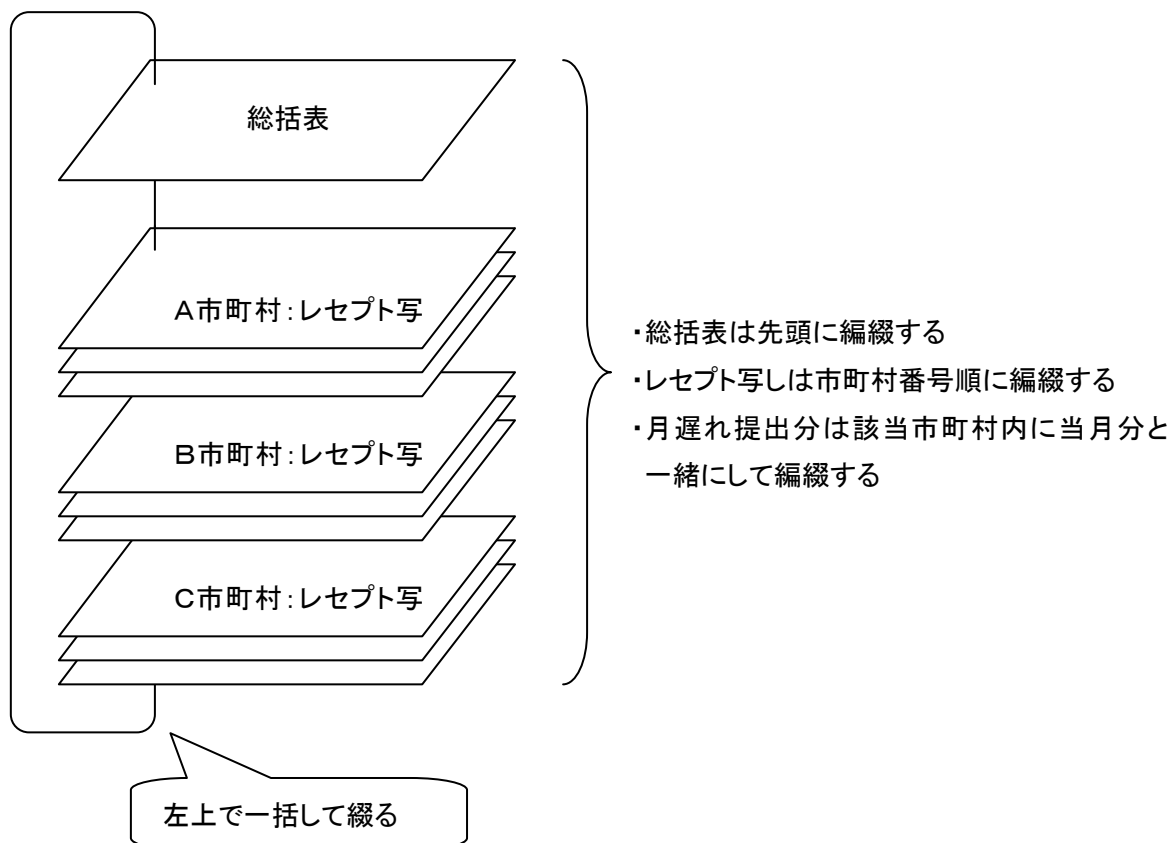
負担金額 円	基本利用料内訳 円 日	※ 高額療養費 円
	×	

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

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。