

診療報酬請求書等の記載要領等の一部改正について

「診療報酬の算定方法を定める件」（平成20年厚生労働省告示第59号）等が公布され、平成20年4月1日より適用されること、及び後期高齢者医療制度の創設等を内容とする健康保険法等の一部を改正する法律（平成18年法律第83号）の一部が平成20年4月1日より施行されることに伴い、「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部が改正されました。それに伴い、請求書の様式や請求方法について、次のとおりといたします。

I 総括票関係

1. 診療報酬総括票（要様式第2号-1） **変更**

- 「県内後期高齢者医療分紙レセプト合計件数」欄を追加します。県内の後期高齢者医療の件数を記載してください。
- 「特別療養費」欄を追加します。特別療養費分の件数を国保、後期高齢者医療別に記載してください。

2. 診療(調剤)報酬総括票 県外(兼)連名簿用(要様式2号-5) **変更**

- 「後期高齢者医療」欄を追加します。後期高齢者医療分について都道府県別に件数を記載してください。
- 「県外後期高齢者医療分紙レセプト合計件数」欄を追加します。県外の後期高齢者医療の件数を記載してください。

II 請求書関係

1. 診療報酬請求書(医科・歯科 入院・入院外併用) 様式第六 **変更**

- 一般(七〇歳以上九割)欄を一般(七〇歳以上一般・低所得)欄に変更します。
- 一般(三歳未満)欄を一般(六歳)欄に変更します。
- 退職(三歳未満)欄を退職(六歳)欄に変更します。
- 月遅れ分について
 - ・ 一般(七〇歳以上九割)は一般(七〇歳以上一般・低所得)欄に合算し記載してください。
 - ・ 一般(三歳未満)は一般(六歳)欄に合算し記載してください。
 - ・ 退職(三歳未満)は退職(六歳)欄に合算し記載してください。
- 当分の間、変更前の請求書を取り繕い使用することができます。
 - ・ 一般(七〇才以上九割)欄の「九割」を二重線で消し、余白に「一般・低所得」と記載してください。
 - ・ 一般(三歳未満)欄の「三歳未満」を二重線で消し、余白に「六歳」と記載してください。
 - ・ 退職(三歳未満)欄の「三歳未満」を二重線で消し、余白に「六歳」と記載してください。

2. 診療報酬請求書(医科・入院外) 様式第六(二) **変更**

変更箇所、月遅れ分の対応は診療報酬請求書(医科・歯科 入院・入院外併用)と同様です。

3. 診療報酬請求書(医科・歯科)(国保(磁気)) 様式第七(第二条関係) **変更**

添付は不要とします。

(※磁気媒体にて請求されている医療機関が対象になります。)

4. 後期高齢者医療診療報酬請求書(医科・歯科) 様式第八 **新規**

- 後期高齢者医療分の療養の給付、食事療養について給付割合別、入外別に集計を記載してください。
- 用紙はA列4版上質紙(55kg)、色はさくら色とします。
- 都道府県単位で1枚の請求書を作成してください。(但し「在宅時医学総合管理料」又は「在宅末期医学総合診療料」を算定した診療報酬明細書がある場合は別請求書の作成となります。)
- 公費負担者については、公費負担医療欄に公費別に記載してください。また福祉医療費についても公費と同様に記載をしてください。

Ⅲ 診療報酬明細書(レセプト)

- レセプトの記載は記載要領のとおりです。
 - ・ 診療報酬明細書(入院) 様式第二(一)
 - ・ 診療報酬明細書(入院外) 様式第二(二)
 - ・ 診療報酬明細書(医科入院医療機関別包括評価用) 様式第十
- 取り繕いについて
当分の間、従来のレセプトを取り繕い使用することができます。
支払基金と同様の取り繕いとなります。
但し下記の点にご留意ください。
 - ・ 後期高齢者医療に該当する場合、「保険種別1」欄の「3老人」を二重線で消し、「3後期」と書き替えてください。

Ⅳ 編綴方法について

- 県内分については国保分を後期高齢者医療分の上にして、ひとつにまとめて綴じてください。

国保分について

- 平成20年3月診療分以前のレセプトで一般(七〇歳以上九割)、退職(七〇歳以上九割)、退職(七〇歳以上七割)、一般(三歳未満)、退職(三歳未満)、老人保健は、各レセプトの束の一番上に編綴してください。

後期高齢者医療分について

- 請求書を保険者別(都道府県広域連合別)に作成し綴じてください。
- レセプトは入外別、給付割合別として、それぞれ保険者番号順に並べてください。
- 在宅医療分(在宅時医学総合管理料または在宅末期総合診療料を算定される場合)は、請求書を別にしてください。

平成 年 月分 診療報酬総括票 (県内・医科用)

保険医療機関 コード		レセプト記載 1. 手書き 2. 電算 3. レセプト電算処理 受付印
所在地 名称 開設者 氏名 電話番号		

平成 年 月 日 下記の保険者について別添診療報酬請求書の通り請求する。

保 険 者	件数	保 険 者	件数	保 険 者	件数
医 師 国 保 253013		安 土 町 250621			
全国歯科医師国保 093013		日 野 町 250647			
全国土木建築国保 133033		竜 王 町 250654			
中央建設国保 133264		愛 荘 町 250712			
全国建設工事業国保 133298		豊 郷 町 250738			
大 津 市 250019		甲 良 町 250746			
彦 根 市 250027		多 賀 町 250753			
長 浜 市 250035		虎 姫 町 250811			
近江八幡市 250043		湖 北 町 250829			
東 近 江 市 250050		高 月 町 250845			
草 津 市 250068		木 之 本 町 250852			
守 山 市 250076		余 呉 町 250860			
野 洲 市 250092		西 浅 井 町 250878			
湖 南 市 250100				県内国保分 紙レセプト合計件数	件
甲 賀 市 250118				県内後期高齢者医療分 紙レセプト合計件数	件
高 島 市 250126				磁気媒体枚数	枚
米 原 市 250134				特別療養費	件
栗 東 市 250522				国保 後期高齢者医療	件

*記入上の注意

- 1) 件数欄は月遅れ請求分も含めて保険者毎に国保分(国保一般分+退職者分+老人保健分)の紙レセプトの合計件数を記載してください。
(総括票には公費負担医療・福祉医療の件数を再掲する必要はありません。)
- 2) 県内国保分紙レセプト合計件数欄には、保険者毎の件数を集計し、県内の紙レセプトの総件数を記載してください。
また、県内後期高齢者医療分紙レセプト合計件数欄には、県内分の後期高齢者医療の総件数を記載してください。
- 3) 1回の請求につき1枚の総括票で請求してください。
- 4) 特別療養費は、レセプトの上部余白に「特別療養費」と朱記し、上記合計には含めず、特別療養費欄に件数を記載してください。
- 5) 破線より下段は記載の必要はありません。

区分	保 険 者 確 認	事 務 点 検	審 査 委 員 会	計 数 整 理	決 定 入 力	増 減 入 力	増 減 確 認	エ ラ ー 修 正
担当者印								
	事業区分	処理区分	点数表区分				診療科	
	1	2	1					
	国保	県内	医科					

診療年月を記載してください。

平成 年 月分 診療報酬総括票 (県内・医科用)

保険医療機関コード7桁を記載してください。

保険医療機関 コード		レセプト記載 1. 手書き 2. 電算 3. レセプト電算処理 受付印
所在地 名称 開設者 氏名 電話番号	所在地、名称等を記載してください。 (電話番号も必ず記載してください。)	
	レセプト提出年月日を記載してください。	

平成 年 月 日 下記の保険者について別添診療報酬請求書の通り請求する。

保 険 者	件数	保 険 者	件数	保 険 者	件数
医師国保 253013		安 土 町 250621			
全国歯科医師国保 093013		日 野 町 250647			
全国土木建築国保 133033		竜 王 町 250654			
中央建設国保 133264		愛 荘 町 250712			
全国建設工事業国保 133298		豊 郷 町 250738			
大 津 市 250019		甲 良 町 250746			
彦 根 市 250027		多 賀 町 250753			
長 浜 市 250035		虎 姫 町 250829			
近江八幡市 250043		湖 北 町 250845			
東近江市 250050		高 月 町 250845			
草 津 市 250068		木 之 本 町 250845			
守 山 市 250076		余 呉 町 250845			
野 洲 市 250092		西 浅 井 町 250878			
湖 南 市 250100					
甲 賀 市 250118					
高 島 市 250126					
米 原 市 250134					
栗 東 市 250522					

保険者毎に紙レセプトの請求件数を記載してください。

後期高齢者医療分紙レセプトの請求件数の総合計を記載してください。

国保分紙レセプトの請求件数の総合計を記載してください。

県内国保分紙レセプト合計件数

県内後期高齢者医療分紙レセプト合計件数

磁気媒体枚数

レセプト電算処理システムにより磁気媒体にて請求がある場合は、磁気媒体の枚数を記載してください。

特別療養費

国保
後期高齢者医療

*記入上の注意

- 1) 件数欄は月遅れ請求分も含めて保険者毎に国保分(国保一般分+退職者分+老人保健分)を再掲する必要があります。(総括票には公費負担医療・福祉医療の件数を再掲する必要はありません。)
- 2) 県内国保分紙レセプト合計件数欄には、保険者毎の件数を集計し、県内の紙レセプトまた、県内後期高齢者医療分紙レセプト合計件数欄には、県内分の後期高齢者医療分を記載してください。
- 3) 1回の請求につき1枚の総括票で請求してください。
- 4) 特別療養費は、レセプトの上部余白に「特別療養費」と朱記し、上記合計には含めず、特別療養費欄に件数を記載してください。
- 5) 破線より下段は記載の必要はありません。

特別療養費がある場合、国保、後期高齢者医療別に件数を記載してください。

区分	保 険 者 確 認	事 務 点 検	審 査 委 員 会	計 数 整 理	決 定 入 力	増 減 入 力	増 減 確 認	エ ラ ー 修 正
担当者印								
	事業区分	処理区分	点数表区分				診療科	
	1	2	1					
	国保	県内	医科					

- 平成 年 月分 診療(調剤)報酬総括票 県外(兼)連名簿用

平成 年 月分 診療(調剤)報酬総括票 県外(兼)連名簿用

保険医療機関等 コード					受 付 印
点数表区分	1. 医科	3. 歯科	4. 調剤	6. 訪看	
所在地 名称 開設者 氏名 電話番号	所在地、名称等を記載してください。 (電話番号も必ず記載してください。) 該当点数表区分番号を ○で囲んでください。				

平成 年 月 日 下記の保険者について別添診療(調剤)報酬請求書の通り請求する。

保険者名	保険者番号	割合	件数	保険者名	保険者番号	割合	件数	後期高齢者医療		
								都道府県名	件数	
札幌市	014001			左記保険者(札幌市～福岡市)については、政令指定都市になりますので"区"単位で綴じずに"保険者"単位で綴じてください。 (例)レセプト 264010 1件 264051 1件 請求書 264002 2件 となります。 レセプトは"区"ごとに番号が異なりますが請求書は1枚にまとめて請求してください。						
仙台市	044008									
さいたま市	114009									
千葉市	124008									
横浜市	144006									
川崎市	145003									
新潟市	154005									
静岡市	224006									
浜松市	225003									
名古屋市	234005									
京都市	264002			後期高齢者医療分について都道府県別に都道府県名、件数を記載してください。						
大阪市	274001									
堺市	275008									
神戸市	284000									
広島市	344002									
北九州市	404004									
福岡市	405001									
全国左官タイル装業	133231									
全国板金業	133280									
愛知建設連合	233064									
京都建築	263129			国保、後期高齢者医療別に請求件数の総合計を記載してください。						
近畿税理士	273102									

福祉医療費請求書	
連名簿(紙)合計枚数	枚
磁気媒体合計枚数	枚

県外国保分 紙レセプト合計件数	件
県外後期高齢者医療分 紙レセプト合計件数	件

*記入上の注意

- 1) 本総括票は県外保険者請求分、県外後期高齢者医療分、福祉医療費請求書(連名簿等)を兼用しています。
- 2) 件数欄は国保分については保険者毎の割合毎に国保一般分+退職者分+老人保健分の紙レセプトの合計件数を記載してください。
(総括票には公費負担医療・福祉医療の件数は再掲する必要はありません。)
また、後期高齢者医療分については都道府県別の件数を記載してください。
- 3) 県外国保分紙レセプト合計件数欄には、県外国保分の紙レセプトの総件数を記載してください。
また、県外後期高齢者医療分紙レセプト合計件数欄には、後期高齢者医療分の紙レセプトの総件数を記載してください。
- 4) 福祉医療費請求書(連名簿(紙)・磁気媒体)合計枚数欄には、請求する連名簿(紙)または磁気媒体の合計枚数を記載してください。

平成 年 月 分

診療報酬請求書(医科・歯科 入院・入院外併用)

保険者

(別 記) 取

下記のとおり請求する。

保険医療機関の
所在地及び名称
電話番号
開設者氏名

印

平成 年 月 日

保険者番号					

県番号	
2	5

医療機関コード	

在宅医療	給付割合	
1	10	9
	8	7

		療 養 の 給 付			全 事 療 養 ・ 生 活 療 養				様式第六
		件数	診療実日数	点数	一部負担金	件数	回数	金額	
国	請求	92 入院							
		91 入院外							
民	※決定	入院							
		入院外							
健	請求	82 入院							
		81 入院外							
保	※決定	入院							
		入院外							
険	請求	72 入院							
		71 入院外							
院	※決定	入院							
		入院外							
保	請求	32 入院							
		31 入院外							
険	※決定	入院							
		入院外							
院	請求	852 入院							
		851 入院外							
保	※決定	入院							
		入院外							
険	請求	972 入院							
		971 入院外							
院	※決定	入院							
		入院外							
保	請求	872 入院							
		871 入院外							
険	※決定	入院							
		入院外							
院	請求	772 入院							
		771 入院外							
保	※決定	入院							
		入院外							
険	請求	372 入院							
		371 入院外							
院	※決定	入院							
		入院外							

保険者番号					

県番号
2 5

医療機関コード

		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
老人 人 保 健	請求	94 入院							
	※決定	93 入院外							
	請求	84 入院							
	※決定	83 入院外							
	請求	84 入院							
	※決定	83 入院外							
	請求	84 入院							
	※決定	83 入院外							
	請求	84 入院							
	※決定	83 入院外							

		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(公費分)
公 社 費 負 担 医 療	請求	402 入院							
	※決定	401 入院外							
	請求	入院							
	※決定	入院外							
	請求	入院							
	※決定	入院外							
	請求	入院							
	※決定	入院外							
	請求	入院							
	※決定	入院外							
	請求	入院							
	※決定	入院外							
	請求	入院							
	※決定	入院外							
	請求	入院							
	※決定	入院外							

備考

9999	長	件
	原	件

備考

- この用紙は、A列4版クリーム色上質紙(55kg)とし黒刷りして下さい。
- ※印の欄は記入しないで下さい。
- 「在宅医療」欄は高齢受給者及び老人保健で「在宅時医学総合管理科」又は「在宅末期医学総合診療科」を算定した診療報酬明細書がある場合に別請求書を作成し、「1」を○で囲んで下さい。
- 請求書は「国民健康保険：一般被保険者」欄に限り、法定外給付分は別請求書を作成の上、「給付割合」欄の該当数字を○で囲んで下さい。

- 請求欄は入院、入院外別に区分して集計して下さい。
- 福祉医療については、公費負担医療と同様に再掲し、福祉医療分を入院・入院外別に合計の上、記載して下さい。
- 「長」欄は、高額長期疾病に該当の件数を記載して下さい。
- 「原」欄は、老人と原簿医療併用該当の件数を記載して下さい。

医科

平成 年 月 分

診療報酬請求書(医科・歯科 入院・入院外併用)

保険者

(別 記)

70歳代前半の被保険者に係る一部負担金等の軽減措置の記載例

下記のとおり請求する。

平成 年 月 日

保険者番号				

県番号	
2	5

医療機関コード	

在宅医療	給付割合	
1	10	9
	8	7

		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
国民健康保険被保険者(一般(70歳以上七割))	請求 92 入院	1	31	29,430	29,430	1	95	59,520	24,180
	※決定 91 入院外	4	12	15,603					
	請求 82 入院								
	※決定 81 入院外								
	請求 72 入院								
	※決定 71 入院外								
	請求 32 入院								
	※決定 31 入院外								
	請求 862 入院								
	※決定 851 入院外								
	請求 972 入院								
	※決定 971 入院外								
	請求 872 入院								
	※決定 871 入院外								
	請求 772 入院								
	※決定 771 入院外								

70歳代前半の被保険者に係る一部負担金等の軽減措置の該当分については、「一般(七〇歳以上一般・低所得)」欄に集計することとなります。
レセプトは高齢受給者で、本人家族欄は「7 高入一」「8 高外一」の方が該当です。

平成 年 月 分

診療報酬請求書(医科 入院外)

保険者

(別 記) 殿

下記のとおりで請求する。

保険医療機関の
所在地及び名称
電話番号
開設者氏名

印

平成 年 月 日

保険者番号

県番号

医療機関コード

在宅医療 給付割合

25

1	10	9
	8	7

			療 養 の 給 付				
			件 数	診療実日数	点 数	一部負担金	備 考
国 民 健 康 保 険 者	一般被保険者 (70歳以上一般・低所得)	請 求 91	件	日	点	円	
		※ 決 定					
	一般被保険者 (70歳以上7割)	請 求 81					
		※ 決 定					
	一般被保険者	請 求 71					
		※ 決 定					
	一般被保険者 (6歳)	請 求 31					
		※ 決 定					
	本 人	請 求 851					
		※ 決 定					
	70歳以上 9割	請 求 971					
		※ 決 定					
70歳以上 7割	請 求 871						
	※ 決 定						
被扶養者	請 求 771						
	※ 決 定						
6歳	請 求 371						
	※ 決 定						
老人9割	請 求 93						
	※ 決 定						
老人7割	請 求 83						
	※ 決 定						
公 費 負 担 医 療	福 祉	請 求 401	件	日	点	円	
		※ 決 定					
		請 求					
		※ 決 定					
		請 求					
		※ 決 定					

様式第六 (二)

9 9 9 9

長

原

件

件

備考

- この用紙は、A列4版クリーム色上質紙(55kg)とし黒刷りして下さい。
- ※印の欄は、記入しないで下さい。
- 「在宅医療」欄は高齢受給者及び老人保健で「在宅時医療総合管理料」又は「在宅末期時医療総合診療料」を算定した診療報酬明細書がある場合に別請求書を作成し、「1」を○で囲んで下さい。
- 請求書は「国民健康保険：一般被保険者」欄に限り、法定外給付分は別請求書を作成の上、「給付割合」欄の該当数字を○で囲んで下さい。
- 福祉医療については、公費負担医療と同様に再掲し、福祉医療分を合計の上、記載して下さい。
- 「」欄は、高額長期疾病に該当の件数を記載して下さい。
- 「」欄は、老人と原簿医療併用該当の件数を記載して下さい。

() 後期高齢者医療広域連合 殿 保険医療機関の
所在地及び名称
電 話 番 号
開 設 者 氏 名

下記のとおり請求する。

平成 年 月 日

後期高齢者医療

県番号	
2	5

医療機関コード

在宅医療
1

				療養の給付				食事療養			
				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
後期高齢者 (九割)	請求	入 院	1								
		入院外	2								
	※決定	入 院	1								
		入院外	2								
後期高齢者 (七割)	請求	入 院	1								
		入院外	2								
	※決定	入 院	1								
		入院外	2								

公 費 負 担 医 療		請求	入 院	1							
			入院外	2							
		※決定	入 院	1							
			入院外	2							
		請求	入 院	1							
			入院外	2							
		※決定	入 院	1							
			入院外	2							
		請求	入 院	1							
			入院外	2							
		※決定	入 院	1							
			入院外	2							
		請求	入 院	1							
			入院外	2							
		※決定	入 院	1							
			入院外	2							

9999	長	件
------	---	---

- 注記 1. この用紙は、A列4版さくら色上質紙(55kg)とし黒刷りして下さい。
2. ※印の欄は、記入しないで下さい。
3. 公費が4種類を超え、公費負担医療欄に記載できない場合は請求書を複数枚に分けてください。
4. 福祉医療については、公費負担医療と同様に再掲し、福祉医療費助成番号毎に合計の上、記載して下さい。
5. 老人被爆者の場合は公費負担医療欄に19と記載し、件数、日数、点数を記載して下さい。
6. ⑤欄は、高額長期疾病に該当の件数を記載して下さい。

平成 年 月 分

後期高齢者医療診療報酬請求書(医

診療年月を記載してください。

所在地、名称等を記載してください。
④については滋賀県国民健康保険団体連合会へ届け出た診療報酬請求書に使用する印鑑と同一のものを使用してください。

() 後期高齢者医療広域連合 殿 保険医療機関の
所在地及び名称
電 話 番 号
開 設 者 氏 名

該当する広域連合の都道府県名または、設定要領の別表2に掲げると2桁の都道府県番号を記載してください。
例 (京都府) または (26)
(北海道) または (01)

「在宅時医学総合管理料又は在宅末期医療総合診療料を算定した診療報酬明細書」がある場合に別請求書を作成し、「1」を○で囲んでください。

印

下記のど

平成 年 月 日

後期高齢者医療 処方提出日を記載してください。

県番号
2 5

医療機関コード

在宅医療
1

				療養の給付				保険医療機関コード(7桁)を記載してください。			
				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
後期高齢者 (九割)	請求	入 院	1	1 件	30 日	45,610 点	44,400 円	1 件	30 回	57,600 円	23,400 円
		入院外	2								
	※決定	入 院	1	給付割合別に、件数、診療実日数、点数、一部負担金を記載してください。				給付割合別に、食事療養費の件数、回数、金額、標準負担額を記載してください。			
		入院外	2								
後期高齢者 (七割)	請求	入 院	1								
		入院外	2								
	※決定	入 院	1	後期高齢者医療と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち、公費負担医療に係る分を公費負担医療制度ごとに記載してください。具体的には法別番号を記載をしてください。 また、福祉医療費についても福祉番号別に記載をしてください。 表示例 老人被爆者、公費特定疾患(51) 82(重度心身障害者老人)、83(母子家庭老人)があった場合 ※老人被爆者は19と記載してください。 ※福祉医療費は福祉医療費受給者番号別(右から2桁)に集計してください。							
		入院外	2								

公 費 負 担 医 療	19 ※老人被爆者の場合	請求	入 院	1							
			入院外	2	1	5	3,214				
		※決定	入 院	1							
			入院外	2							
	51 ※特定疾患の場合	請求	入 院	1							
			入院外	2	1	2	637				
		※決定	入 院	1							
			入院外	2							
	82 ※重度心身障害者老人の場合	請求	入 院	1							
			入院外	2	1	3	754	500			
		※決定	入 院	1							
			入院外	2							
	83 ※母子家庭老人の場合	請求	入 院	1							
			入院外	2	2	2	4,556	1,000			
		※決定	入 院	1	長期高額疾病がある場合は、件数を記載してください。						
			入院外	2							

9999

長

1

件

- 注記 1. この用紙は、A列4版さくら色上質紙(55kg)とし黒刷りして下さい。
2. ※印の欄は、記入しないで下さい。
3. 公費が4種類を超え、公費負担医療欄に記載できない場合は請求書を複数枚に分けてください。
4. 福祉医療については、公費負担医療と同様に再掲し、福祉医療費助成番号毎に合計の上、記載して下さい。
5. 老人被爆者の場合は公費負担医療欄に19と記載し、件数、日数、点数を記載して下さい。
6. ④欄は、高額長期疾病に該当の件数を記載して下さい。

レセプト編綴方法について(医科)

