

事務連絡
令和4年9月14日

保険医療機関管理者 殿

宮城県国民健康保険団体連合会審査業務課長

診療報酬総括表（医科）及び診療報酬請求書（医科）について

本会の審査支払業務につきましては、日頃格別の御協力をいただき厚くお礼申し上げます。

さて、標記について、下記のとおり変更いたしますので、令和4年11月請求分からの帳票（紙）による診療報酬の請求の際には、変更後の様式により診療報酬明細書とともに本会まで提出いただきますようお願いいたします。

記

1 変更時期

令和4年11月請求分以降

2 変更点

(1) 様式

別添、「診療報酬総括表（医科）」及び「診療報酬請求書（医科）」のとおり

(2) 変更箇所

① 診療報酬総括表（医科）

・ 集計を国民健康保険及び後期高齢者医療の2区分に集約

② 診療報酬請求書（医科）（国民健康保険）

・ 「区分」内の表記を整理

③ 診療報酬請求書（医科）（後期高齢者医療）

・ 令和4年10月診療からの窓口負担割合の見直し（2割負担の導入）に伴い、「8割 後期高齢者」区分を追加

・ 「区分」内の表記を整理

3 様式の入手方法

本会ホームページからダウンロード

※ 令和4年10月12日（水）から本会ホームページに掲載

アドレス：<https://www.miyagi-kokuho.or.jp/iryuu/seikyu.html>

「診療報酬等請求」 → 「診療（調剤）報酬総括表及び診療（調剤）報酬請求書様式」

担当：審査業務課

TEL：022-222-7075

FAX：022-222-7107

診療報酬総括表（医科）

令和 年 月 請求分

医療機関コード

(受付印)

保険医療機関の
所在地及び名称
開設者氏名

区分		療養の給付			食事療養・生活療養		
		件数 件	診療実日数 日	点数 点	件数 件	回数 回	金額 円
国民健康保険	入院						
	外来				/		
後期高齢者	入院						
	外来				/		
合計	入院						
	外来				/		

※紙請求分の診療報酬明細書(レセプト)の総括であること

令和 年 月 分

診療報酬請求書 (医科)

保険者

殿

保険医療機関の
所在地及び名称
開設者氏名

下記のとおり請求する。

令和 年 月 日

国民健康保険

保険者番号				県番	医療機関コード				表別
				04					1

			療養の給付				食事療養・生活療養				
			件数 件	診療日数 日	点数 点	一部負担金 円	件数 件	回数 回	金額 円	標準負担額 円	
国民健康保険	一般被保険者	70歳以上 一般・医師特 B割	入								
			外								
		70歳以上 7割	入								
			外								
		7割	入								
			外								
	6歳	入									
		外									
	割	入									
		外									
	退職者医療	本人	入								
			外								
被扶養者		入									
		外									
6歳	入										
	外										
公費負担医療(再掲)		入									
		外									
		入									
		外									
		入									
		外									
		入									
		外									
		入									
		外									
		入									
		外									

備考

※高類療養費	一般保険者	件数		退職者	件数	
		金額	円		金額	円

注意 ※印の欄は記入しないこと。

令和 年 月 分

診療報酬請求書 (医科)

広域連合 殿

保険医療機関の
所在地及び名称
開設者氏名

下記のとおり請求する。

令和 年 月 日

		保険者番号				県番号	医療機関コード				表別
後期高齢者医療		3	9			04					1
		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		
九割	後期高齢 請求	入院									
		入院外									
	※決定	入院									
		入院外									
八割	後期高齢 請求	入院									
		入院外									
	※決定	入院									
		入院外									
七割	後期高齢 請求	入院									
		入院外									
	※決定	入院									
		入院外									

公費負担医療(再掲)

		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	入院								
		入院外								
	※決定	入院								
		入院外								
	請求	入院								
		入院外								
	※決定	入院								
		入院外								
	請求	入院								
		入院外								
	※決定	入院								
		入院外								
	請求	入院								
		入院外								
	※決定	入院								
		入院外								

備考

※高額療養費	件数	
	金額	円

注意 ※印の欄は記入しないこと。