

# 国民健康保険診療（調剤）報酬請求事務の手引

千葉県国民健康保険団体連合会

平成26年 1月版

# 目 次

## I 国民健康保険診療（調剤）報酬の請求について

|   |                     |   |
|---|---------------------|---|
| 1 | 国保連合会で取扱う範囲         | 1 |
| 2 | 請求場所と提出期限           | 1 |
| 3 | 提出方法                | 1 |
| 4 | 必要書類等               | 2 |
| 5 | 諸様式                 | 3 |
| 6 | 子ども医療費助成事業に係る請求について | 4 |

## II 光ディスク等を用いた費用の請求について

|   |                       |   |
|---|-----------------------|---|
| 1 | レセプト電算処理システムの参加手続きの流れ | 5 |
| 2 | 提出日等                  | 6 |
| 3 | 必要書類等                 | 6 |
| 4 | ラベルの貼付方法              | 6 |

## III 電子情報処理組織を使用した費用の請求について

|   |                    |    |
|---|--------------------|----|
| 1 | はじめに               | 8  |
| 2 | オンライン請求の流れ         | 8  |
| 3 | 受付・事務点検 A S P      | 8  |
| 4 | オンライン請求開始まで        | 9  |
| 5 | オンラインによる請求期間及び利用期間 | 9  |
| 6 | 請求確定時における注意事項      | 10 |
| 7 | その他                | 10 |

## IV 書面レセプトによる請求について

|   |                               |    |
|---|-------------------------------|----|
| 1 | はじめに                          | 12 |
| 2 | 診療（調剤）報酬明細書                   | 12 |
| 3 | 診療（調剤）報酬請求書                   | 15 |
| 4 | 編綴                            | 17 |
| 5 | 特別療養費に係る診療（調剤）報酬明細書の提出方法等について | 17 |
| 6 | その他の留意事項                      | 18 |

## V 審査後の処理と支払いについて

|   |                  |    |
|---|------------------|----|
| 1 | 明細書の審査           | 19 |
| 2 | 明細書の返戻           | 19 |
| 3 | 増減点連絡書           | 19 |
| 4 | 診療（調剤）報酬明細書の取り下げ | 19 |
| 5 | 再審査の請求方法         | 20 |

|   |               |    |
|---|---------------|----|
| 6 | 過誤調整について      | 20 |
| 7 | 診療（調剤）報酬の支払期日 | 20 |
| 8 | その他           | 20 |

## VI 資 料

|      |                                  |       |
|------|----------------------------------|-------|
| 1    | 国保・後期高齢者医療及び公費負担医療一覧表            | 21    |
| 2    | 千葉県国民健康保険、保険者番号並びに被保険者証の記号・番号一覧表 | 22～23 |
| 3    | 後期高齢者医療保険者番号（千葉県）、広域連合都道府県番号     | 24～25 |
| 4－1  | 各市町村の子ども医療費助成制度の助成内容について         | 26    |
| 4－2  | 子ども医療市町村別公費負担者番号一覧表              | 27～30 |
| 5    | 市条例で老人の年齢引下げを行っている市              | 31    |
| 6    | 特記事項                             | 32～33 |
| 7    | 光ディスク等を用いた費用の請求に関する届出            | 34    |
| 8    | 光ディスク等を用いた費用の請求に係る確認試験依頼書        | 35    |
| 9    | 電子情報処理組織の使用による費用の請求に関する届出        | 36    |
| 10   | 光ディスク等送付書                        | 37    |
| 11－1 | 国民健康保険等診療報酬総括票（医・歯）              | 38    |
| 11－2 | 国民健康保険等調剤報酬総括票                   | 39    |
| 12－1 | 国民健康保険診療報酬請求書（入院）                | 40～41 |
| 12－2 | 国民健康保険診療報酬請求書（入院外）               | 42～43 |
| 12－3 | 国民健康保険調剤報酬請求書                    | 44～45 |
| 12－4 | 後期高齢者医療診療報酬請求書（入院）               | 46～47 |
| 12－5 | 後期高齢者医療診療報酬請求書（入院外）              | 48～49 |
| 12－6 | 後期高齢者医療調剤報酬請求書                   | 50～51 |
| 13   | 明細書等の編綴方法                        | 52    |
| 14－1 | 増減点連絡書（レセプト電算処理用）                | 53    |
| 14－2 | 増減点連絡書（紙請求用）                     | 54    |
| 15   | 診療（調剤）報酬明細書の取り下げ依頼書              | 55    |
| 16   | 再審査請求書                           | 56    |
| 17   | 診療（調剤）報酬等振込通知書の見方について            | 57～60 |
| 18   | 千葉県国民健康保険団体連合会事務局組織表             | 61    |

# I 国民健康保険診療（調剤）報酬の請求について

## 1. 国保連合会で取扱う範囲

県内の保険医療機関で受診された国保保険者（全国市町村・国保組合）に係る被保険者、後期高齢者医療及び公費負担医療該当者についての診療（調剤）報酬請求書（以下「請求書」という。）及び診療（調剤）報酬明細書（以下「明細書」という。）です。

| 種 類     | 本 人 家 族 区 分 |                     | 法 定 給 付 割 合 |
|---------|-------------|---------------------|-------------|
| 国民健康保険  | 一 般         | 高齢受給者（70歳以上）一般・低所得者 | 8 割         |
|         |             | 高齢受給者（70歳以上）上位所得者   | 7 割         |
|         |             | 被保険者                | 7 割         |
|         |             | 未就学者                | 8 割         |
|         | 退 職 者       | 本人                  | 7 割         |
|         |             | 被扶養者                | 7 割         |
|         |             | 未就学者                | 8 割         |
| 後期高齢者医療 | 一般・低所得者     |                     | 9 割         |
|         | 現役並み所得者     |                     | 7 割         |

**資料1** 国保・後期高齢者医療及び公費負担医療一覧表

**資料2** 千葉県国民健康保険、保険者番号並びに被保険者証の記号・番号一覧表

**資料3** 後期高齢者医療保険者番号（千葉県）、後期高齢者医療広域連合都道府県番号

## 2. 請求場所と提出期限

「1. 国保連合会で取扱う範囲」に該当する診療報酬明細書及び請求書等は、診療月の **翌月10日までに** 国保連合会に提出して下さい。

〒 263-0016 千葉県稲毛区天台6丁目4番3号  
千葉県国民健康保険団体連合会  
電話番号 043(254)7183

## 3. 提出方法

直接持参または郵送にて、国保連合会に提出して下さい。

### (1) 郵送で提出する場合

毎月 **10日必着** で郵送して下さい。

配送業者等の指定はしていませんが、事故防止の観点から、なるべく配達記録の残る方法（書留郵便等）でのご郵送をお願いしています。

## (2) 直接持参する場合

国保会館にて、診療月の翌月 **1日から10日**まで受付を行います。

なお、土曜日・日曜日・祝日は閉館日となりますが、毎月10日（受付締切日）に限り、休日でも受付事務を行っています。

また、**来館日や提出物により、受付場所が異なります**ので、国保会館1F ロビーの案内に従って、所定の場所にご持参ください。

## 4. 必要書類等

受付の際に必要なものは、請求方法によって異なります。

以下を確認の上、不備の無いように提出して下さい。

なお、直接持参して提出する場合は、受付時に「**診療報酬等請求書受領書**」にて受理を確認しておりますので、必要書類とともにお持ち下さい。用紙は毎月受付にて配布しています。

### (1) オンライン請求の場合

- ・診療（調剤）報酬総括票
- ・月遅れ分診療（調剤）報酬明細書、請求書（月遅れ分を紙で請求する場合）

レセプトデータはオンラインでの請求となりますが、診療（調剤）報酬総括票の提出は必要となりますのでご注意ください。

また、返戻レセプト等の月遅れ分を書面で請求する場合に限り、診療（調剤）報酬請求書を作成し、紙レセプトに添付して提出して下さい。

その際の診療（調剤）報酬総括票は、当月分と月遅れ分をそれぞれに集計し、2枚に分けて作成して下さい。

### (2) 光ディスク等による請求の場合

- ・光ディスク、磁気媒体等（レセプトデータを保存したもの）
- ・光ディスク等送付書
- ・診療（調剤）報酬総括票
- ・月遅れ分診療（調剤）報酬明細書及び請求書（月遅れ分を紙で請求する場合）

レセプトデータを保存した光ディスク等（CD-R、FD等）に、診療（調剤）報酬総括票と光ディスク等送付書（**資料10**）を添付して提出して下さい。

なお、月遅れ分の請求に関しては、オンライン請求の場合と同様の方法で請求して下さい。

**注** CD-RやFDは破損や汚損による媒体不良を防ぐため、**必ずケース等に入れて**提出して下さい。

(3) 書面レセプトによる請求の場合（**届出医療機関に限る。**）

- ・診療（調剤）報酬総括票
- ・診療（調剤）報酬明細書及び請求書

紙レセプトと診療（調剤）報酬請求書を保険者番号ごとに編綴し、診療（調剤）報酬総括票を添付して請求して下さい。

月遅れ分も同様ですが、診療（調剤）報酬総括票は別々に集計し、2枚に分けて作成して下さい。

## 5. 諸様式

(1) 診療（調剤）報酬総括票

様式（**資料 11**）に従って、請求月ごとに明細書の総件数及び総点数を集計して記載して下さい。

なお、下部の「審査状況」欄及び「決定」欄は、連合会使用欄ですので、記入しないで下さい。

また、調剤報酬総括票の「総受付回数」欄には、処方せんの全受付枚数（社保分を含む）を記載して下さい。

**注** 請求方法に関わらず、**必ず原本を提出**して下さい。

(2) 診療（調剤）報酬請求書、診療（調剤）報酬明細書

書面での請求（月遅れ分を含む）の場合に必要となります。

詳しい記載方法については「**Ⅳ. 書面レセプトによる請求について**」(P12)を参照して下さい。

なお、上記諸用紙は、千葉県医師会、歯科医師会、薬剤師会でそれぞれ取扱っております。

| 区 分                    | 販 売 先                                                     |
|------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 医科向け諸用紙<br>総括票・請求書・明細書 | 千葉県医師会<br>千葉市中央区千葉港7-1（ホテルニューツカモト内2階）<br>TEL 043-242-4271 |
| 歯科向け諸用紙<br>総括票・請求書・明細書 | 千葉県歯科医師会<br>千葉市美浜区新港3-1-7<br>TEL 043-241-6471             |
| 調剤向け諸用紙<br>総括票・請求書・明細書 | 千葉県薬剤師会<br>千葉市中央区問屋町9-2<br>TEL 043-242-3801               |

## 6. 子ども医療費助成事業に係る請求について

平成 24 年 4 月請求分より、他の公費負担医療の請求と同様、公費併用レセプトとして、国保保険者分のみを国保連合会で取扱っています。

被用者保険分の請求先は、全て社会保険支払基金となりましたのでご注意ください。

なお、子ども医療費の助成内容等については、千葉県ホームページに詳細が掲載されていますので、参考にして下さい。

千葉県ホームページ

「ホーム」⇒「生活・福祉・医療」⇒「福祉・子育て」⇒「子育て支援」⇒「母子福祉」⇒  
「子ども医療費助成制度について」

U R L : [www.pref.chiba.lg.jp/jika/boshi/nyuuyouji.html](http://www.pref.chiba.lg.jp/jika/boshi/nyuuyouji.html)

**資料 4-1** 各市町村の子ども医療費助成制度の助成内容について

**資料 4-2** 子ども医療市町村別公費負担者番号一覧

## Ⅱ．光ディスク等を用いた費用の請求について

### 1. レセプト電算処理システムの参加手続きの流れ

#### (1) 参加申し出

確認試験は参加希望機関の任意により実施します。確認試験を希望する場合は (2) からの手続きになります。また、確認試験を希望しない場合は、(8) の「**光ディスク等を用いた費用の請求に関する届出**」(資料 7) を提出して下さい。

なお、確認試験は任意ではありますが、実施のご協力をお願いします。



#### (2) 国保連合会から「**光ディスク等を用いた費用の請求に係る確認試験依頼書**」(資料 8) を送付



#### (3) 「**光ディスク等を用いた費用の請求に係る確認試験依頼書**」(資料 8) を国保連合会に提出

確認試験実施を希望する月の前月 20 日までに提出して下さい。(例えば 5 月試験の場合は、4 月 20 日が、依頼書提出の締め切りになります。)



#### (4) 国保連合会から**確認試験実施連絡書**を送付

参加希望機関に確認試験実施日程の連絡書類を送付します。



#### (5) **試験データ作成・試験用電子媒体 (FD、CD-R 等) を提出**

試験データを記録した電子媒体はあくまで試験用ですので、この月の実際の診療報酬は別に請求して下さい。

提出の締切日は、書面レセプトと同じ毎月 10 日です。



#### (6) 国保連合会から**確認試験実施・確認試験結果**を送付

試験終了後、送付します。送付するものは以下の通りです。

- ・各種帳票類 (エラーリスト等)
- ・確認試験用電子媒体
- ・光ディスク等を用いた費用の請求に関する届出 (資料 7) と光ディスク等を用いた費用の請求に係る確認試験依頼書 (再試験用) (資料 8)



#### (7) **試験結果分析**

参加希望機関で試験結果を分析してください。なお、再度確認試験を行う場合は (3) からとなります。



#### (8) 「**光ディスク等を用いた費用の請求に関する届出**」(資料 7) の提出

請求開始を希望する月の前月 20 日までに提出してください。以上で手続きは終了となります。

希望する月からの電子媒体による請求を受付けます。

## 2. 提出日等

診療月の翌月10日までに国保連合会に提出して下さい。

電子媒体（FD・CD-R等）は、保護ケースに入れて提出して下さい。

## 3. 必要書類等

### （1）総括票

総括票は、電子レセプト分と紙レセプト（未請求・返戻）分を分けて提出して下さい。

### （2）レセプトデータ等を記録した電子媒体

症状詳記、治験概要、リハビリ計画書等は、電子媒体に記録して下さい。

なお、光ディスク等に記録不可能で、別途資料により提出する場合は、当該レセプトを特定できるように、患者氏名、診療月、本人・家族別、入院・入院外別、保険者番号、診療科等を記載して下さい。

### （3）光ディスク等送付書（資料10）

※返戻分等を紙レセプトで提出する場合は、従前の診療報酬請求書を添付して下さい。

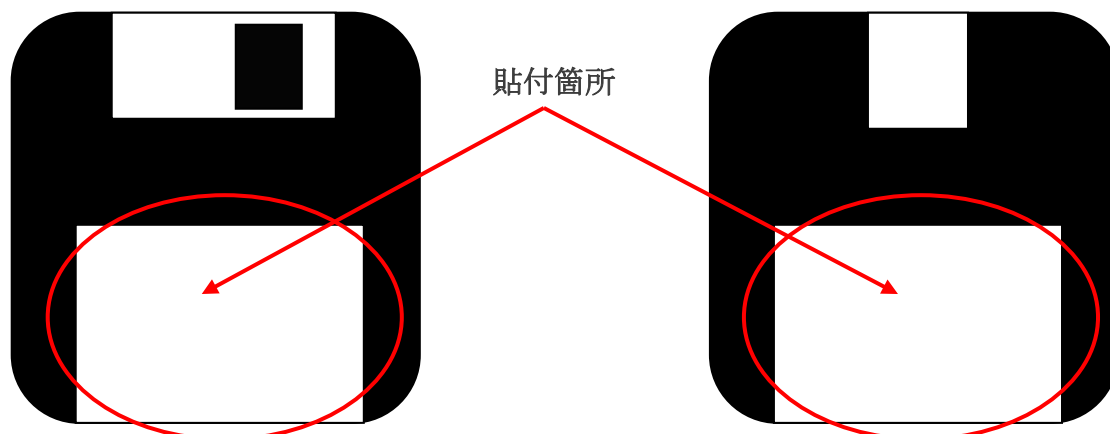
## 4. ラベルの貼付方法

電子媒体にラベルを貼付して下さい。

### 【磁気媒体の貼付ラベル見本】

|                          |    |    |   |                               |
|--------------------------|----|----|---|-------------------------------|
| MS-DOS/CSV(医科・DPC・歯科・調剤) |    |    |   | <div>支払基金<br/>・<br/>国保連</div> |
| 医療機関(薬局)コード              |    |    |   |                               |
| 保険医療機関(薬局)名称             |    |    |   |                               |
| 診療(調剤)月分                 | 年  | 月分 |   |                               |
| 提出年月日                    | 年  | 月  | 日 |                               |
| 媒体枚数                     | 枚中 | 枚目 |   |                               |

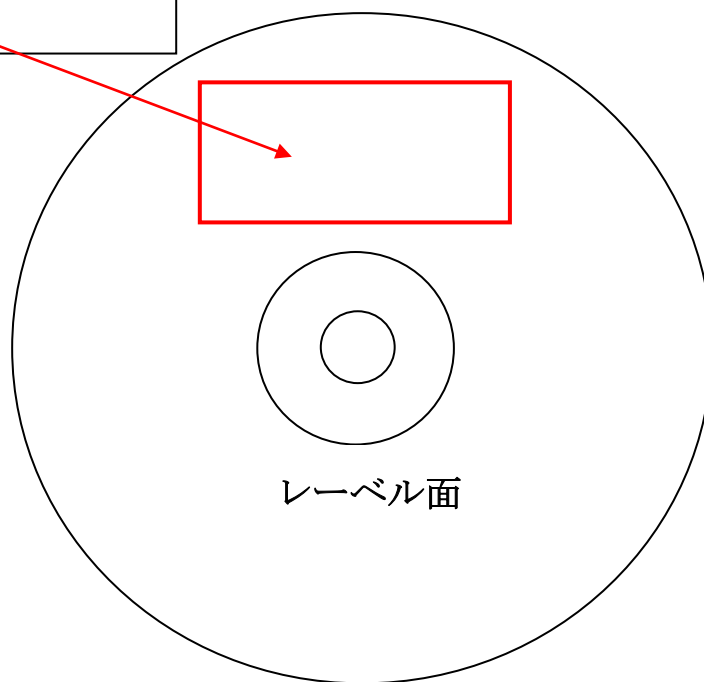
### FD及びMOへのラベルの貼付箇所



### 【CD-Rへの表記】

レーベル面にシール等を貼付せずに、フェルトペン等により記入すること。

|                    |    |    |   |
|--------------------|----|----|---|
| 医療機関(薬局)コード        |    |    |   |
| 保険医療機関(薬局)名称       |    |    |   |
| 点数表区分 医科・DPC・歯科・調剤 |    |    |   |
| 診療(調剤)月分           | 年  | 月分 |   |
| 提出年月日              | 年  | 月  | 日 |
| 媒体枚数               | 枚中 | 枚目 |   |
| 支払基金・国保連           |    |    |   |



## Ⅲ．電子情報処理組織を使用した費用の請求について

### 1. はじめに

平成18年4月10日付けで請求省令が改正され、保険医療機関・保険薬局による診療報酬等の請求方法として、オンラインによる方法が追加されました。同時に、審査支払機関は、オンライン請求のための基盤整備を平成18年度中に行うよう、国から要請を受け、平成19年4月からシステムを稼働しています。

オンライン請求システムは、保険医療機関・保険薬局と審査支払機関を全国規模のネットワーク回線で結び、レセプト電算処理システムにおける診療報酬等の請求データ（レセプトデータ）をオンラインで受け渡す仕組みを整備したシステムです。

このオンライン請求システムのネットワーク、オンライン専用の認証局及び基本的なソフトウェアの構築については、社会保険診療報酬支払基金と国保中央会が共同で基盤整備を行っています。

システム構築に当たっての条件として、平成18年4月の厚生労働省からの通知（保発第0410006号）により、通信回線については、ISDN回線を利用したダイヤルアップ接続、閉域IP網を利用したIP-VPN接続によるものまたは、IPsecとIKEを組み合わせた接続によるものとされております。

また、厚生労働省からの通知（保総発第0410002号）により、電子証明書による相手認証及びデータの暗号化対策、ID・パスワードによる厳格なユーザ管理を行うなどセキュリティ対策を十分講じることとされています。

### 2. オンライン請求の流れ

保険医療機関・保険薬局では、レセプト電算処理システムで請求する電子媒体を、オンライン請求で使用するパソコンに取込み、本会に送信します。

国民健康保険団体連合会では、保険医療機関・保険薬局から送信されたレセプトデータを、Webサーバで受付け、既存のシステムに接続し、業務処理を行うことになります。

一方、保険医療機関・保険薬局へは、既存システムで編集した増減点連絡書データ及び返戻レセプトデータを、Webサーバを介して提供することができます。

オンライン請求は、レセプト電算処理システムによるレセプトデータを送信する仕組みですから、保険医療機関・保険薬局は、前提としてレセプト電算処理システムを導入する必要があります。

一方、現にレセプト電算処理システムで請求している保険医療機関・保険薬局については、レセコンの改修は必要ありません。

### 3. 受付・事務点検ASP

受付・事務点検ASPとは、保険医療機関・保険薬局が本会の受付・事務点検プログラムを利用して、患者氏名の記録漏れなど事務的な記録誤り等があるレセプトを事前に確認でき、速やかな修正を可能とするサービスです。

これにより、保険医療機関・保険薬局では、エラーを速やかに訂正し、当月のうちに訂正したレセプトを提出することができるようになり、本会としても業務処理の効率化が図られます。

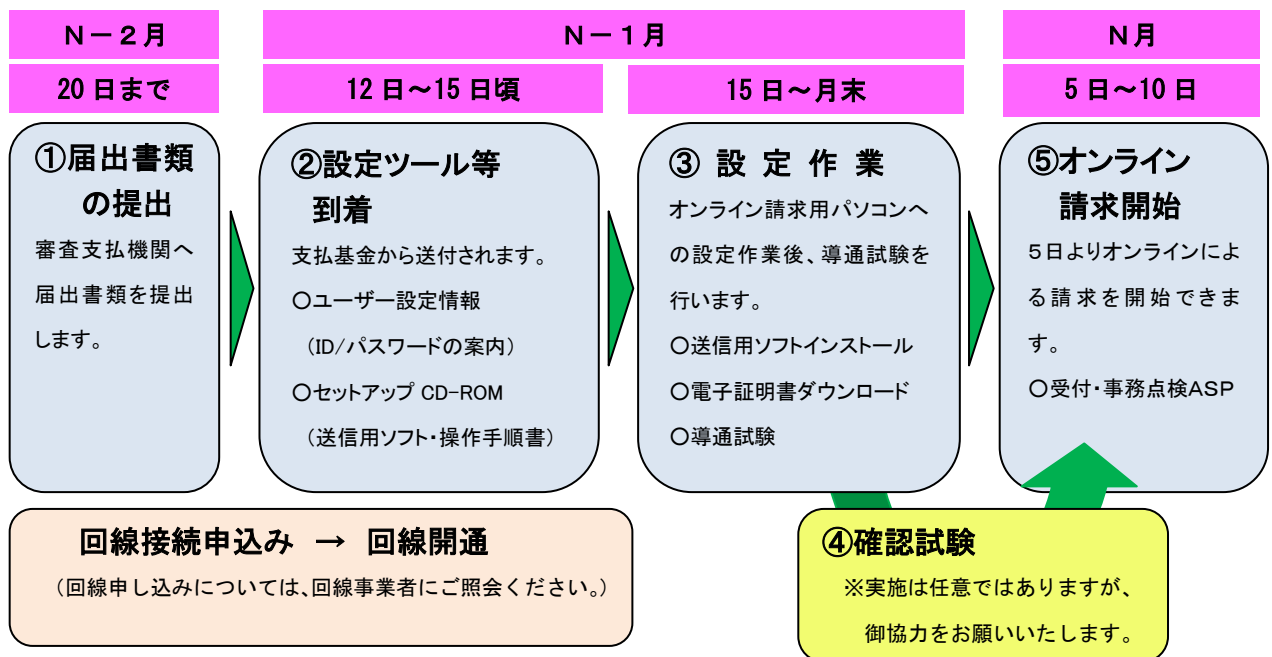
#### 4. オンライン請求開始まで

保険医療機関・保険薬局は、オンライン請求へ参加する際、「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関する届出」(資料 9)を審査支払機関へ提出して下さい。(本会への提出は資料 9 のみ)

毎月 20 日までに届出等を提出していただきますと、社会保険診療報酬支払基金からオンライン請求を行うための設定ツール等を翌月の 15 日までに送付しますので、設定作業及び電子証明書のダウンロードを行っていただくことになります。

設定作業が終了後、ネットワークに繋がるか導通試験を行い、届出の翌々月からオンライン請求が開始できます。

なお、確認試験は導通試験後、自由に実施することができます。



#### 5. オンラインによる請求期間及び利用期間

- 診療報酬等の請求及び受付・事務点検ASP

5日～7日 8:00～21:00

8日～10日 8:00～24:00

- 受付・事務点検ASP結果の訂正可能期間

5日～12日 8:00～21:00 (8日～10日は24:00まで)

審査、支払の処理上、できるだけ毎月10日までに請求確定をお願いいたします。

- 確認試験及び導通試験

5日～月末 8:00～21:00

- 再審査請求、取下げ依頼

5日～月末 8:00～21:00 (8日～10日は24:00まで)

- 増減点連絡書データ、返戻レセプトデータ、返戻内訳書データ(CSV)ダウンロード

5日～月末 8:00～21:00 (8日～10日は24:00まで)

\*上記期間が休日(土曜、日曜及び祝日)の場合でも利用期間、利用時間は同様です。

## 6. 請求確定時における注意事項

(1) 請求確定回数は1回をお願いします。

(例えば、A S Pにてエラーが発生した場合は、一旦全件を取り下げ、該当レセプトを訂正した後に、再度全件を再送信し、エラーが無くなった時点で、請求確定をして下さい。)

なお、請求確定を複数回された場合は、正しいデータの送信回数を確認していただき、下記担当へ連絡をお願いいたします。

(2) 「受付不能」について

「受付不能」になっているデータはデータ上、不備がある為、未請求の扱いになります。データを訂正し再度、請求していただく必要がありますので、請求もれにご注意下さい。

(3) 返戻分の再請求について

① 本会からは従来どおりの紙レセプトを出力し送付いたしますが、併せてオンライン請求実施保険医療機関及び保険調剤薬局は、返戻レセプトをC S Vデータでダウンロードが出来るようになります。再請求する際は、紙レセプト又はC S Vデータのいずれかで再請求をして下さい。

(紙とC S Vデータを両方送付した場合、重複請求となりますので御注意下さい。)

② 返戻レセプトデータ (C S V) のダウンロード期間は、**請求した翌月5日から月末までとなります。**

但し、本会支払業務のスケジュールにより、C S Vデータの掲載が遅れることもありますので、予め御了承いただきますようお願いいたします。

なお、掲載が遅れる場合には、オンライン請求システムのトップページにてお知らせいたします。

(4) 請求確定後、お手数ですがオンライン受領書を基に、総括票を作成のうえ、本会へ送付して下さい。

## 7. その他

各種 (医療機関 (薬局) コード、名称、O S、電気通信回線 (オンライン請求のみ) 等) 変更の場合は、20日までに届出書 (**資料7又は資料9**) の提出が必要です。

なお、各種届出書 (**資料7~10**) については、国保中央会ホームページより、ダウンロードが可能となっております。

国保中央会ホームページ

「ホーム」⇒「システム情報」⇒「オンライン請求システム」⇒「別添」

<http://www.kokuho.or.jp/system/online.html>

その他、オンライン請求システム及びレセプト電算処理システムに関するお問い合わせは、下記担当までお願いいたします。

千葉県国民健康保険団体連合会

業務第一部管理課審査システム係

TEL 043-254-7310

FAX 043-254-0048

## IV. 書面レセプトによる請求について

### 1. はじめに

現在、診療（調剤）報酬の請求は、オンライン請求等、データを原本として行うこととされていますが、猶予・免除の届出を行った医療機関や返戻再請求分に限り、書面での請求が認められています。（猶予措置の期限は平成 27 年 3 月 31 日までとなります。）

その場合は、診療（調剤）報酬請求書を保険者番号ごとにレセプトと編綴し、診療（調剤）報酬総括票を添付して請求して下さい。

### 2. 診療（調剤）報酬明細書

#### （1）明細書の様式

千葉県国保連合会に提出する明細書は、厚生労働省令をもとに、県医師会・県歯科医師会・県薬剤師会との協議で様式を定めておりますので、これに従って請求して下さい。

なお、用紙の大きさは日本工業規格「A 4」を使用して下さい。

#### （2）記載上の注意点

##### ①記載上のルール

レセプトの作成は、厚生労働省通知「**診療報酬請求書等の記載要領等について**」に基づいて行って下さい。

なお、国保連合会への提出に際し、特に注意が必要な事項を、「（3）記載方法」に掲載していますので、併せて参考にして下さい。

##### ②OCRエリア

OCRエリアへの印字（社会保険診療報酬支払基金と同様）をお願いします。

ーOCRエリアへの印字とはー

レセプト下部に印字する 67 桁の数字のことで、専用の機械で読み取ることで、保険者番号・医療機関コード等の情報を高速で判読することができます。その情報をもとに国保連合会、社会保険支払基金で審査支払事務を行います。

なお、レセプト作成後にOCRエリアに該当する項目の訂正を手書きで行った場合などは、レセプトの記載内容とOCRエリアの情報が異なってしまうため、OCRエリア下段（1 行目）の数字を**二重線ですべて抹消**して下さい。

ー例ー

2 行目 121017000000003500000260394

1 行目 ~~001240570117658000128150000002120240812110271240560235624012131216~~

### (3) 記載方法

- ①「公費負担者番号」及び「受給者番号」の欄は、それぞれの公費負担医療の受給者証又は、医療券等に記載してある番号を公費負担者番号①及び受給者番号①の欄に記載して下さい。

1人の患者で公費負担が2種類ある場合は、公費負担者番号①、②及び受給者番号①、②の各欄を使用して下さい。(歯科については、第2公費を摘要欄に左詰で記載して下さい。)

- ②「診療実日数」欄の(公費① 日)(公費② 日)については、国保診療日数と公費分の日数が異なる場合に、公費分の実日数を記載して下さい。

- ③「保険者番号」欄は、被保険者証に記載されている保険者番号(6桁)を記載して下さい。

- ④「記号・番号」欄は、被保険者証に記載されている記号・番号を記載して下さい。

なお、先頭が「0」から始まる番号であっても、必ず全ての番号を記入して下さい。

また、記号・番号の区切りを明確にするために、間に使用する文字は「スペース(全角)」又は「・(全角)」とし、「－(ハイフン)」は使用しないで下さい。

(記号と番号を上段・下段に分けて記入することでも構いません。)

- ⑤「特記事項」欄に記入が必要な場合(「02:長」「16:長2」等)は、(資料6)を参照して、コードと略号を記載して下さい。

なお、限度額適用認定証等の提示があった場合の他に、公費⑤①及び⑤②のレセプトにも、所得区分の記入(※)が必要となりますのでご注意下さい。

(※)「17:上位」「18:一般」「19:低所」、多数回該当の場合は「22:多上」「23:多一」「24:多低」

- ⑥「療養の給付」欄について

国民健康保険(高齢受給者及び高齢受給者以外であって、特記事項に所得区分の記載が必要なレセプトに係わるものに限る。)及び後期高齢者医療に係わる入院「負担金額」、入院外「一部負担金額」の保険欄については以下により記載して下さい。

なお、一部負担金相当額の一部を公費が負担する場合は、患者の支払額に公費負担医療が給付する額とを合算した金額を記載し、公費負担分を上段に( )で再掲して下さい。

ア. 入院の「負担金額」欄は、一部負担金の支払いを受けた場合には、その金額を記載して下さい。

イ. 入院外の「一部負担金額」欄は、高額療養費が現物給付された場合に限り記載し、支払いを受けた一部負担金の額を記載して下さい。

ウ. 70歳以上で低所得者の場合、入院分にあつては該当する「Ⅰ」または「Ⅱ」を○で囲んで下さい。入院外分にあつては、高額療養費が現物給付された場合に限り、「摘要」欄に、該当する「低所得Ⅰ」または「低所得Ⅱ」と記載して下さい。

エ. 市条例により、70歳未満の被保険者の一部を対象とした福祉医療（41）の請求にあたっては、必ず「公費①」または「公費②」欄の「患者負担額」欄へ一部負担金額を記載して下さい。

⑦食事・生活療養欄について

ア. 「食事・生活療養」の「保険」の欄には、請求する食事・生活療養を行った回数及び当該食事・生活療養に係る金額の合計額を記載して下さい。

イ. 「食事・生活療養」の「標準負担額」の欄には、食事・生活療養に係る標準負担額の合計を記載して下さい。

ウ. 入院日数が90日を超えた場合の特例の対象となる場合は、併せて「3月超」の文字を○で囲んで下さい。

なお、月の途中で90日を超え特例の対象となった場合は、当該月1日の特例以前の「標準負担額」を当該月の「標準負担額」とし、月の途中から異なる「標準負担額」を徴収せず、特例の対象となった金額については、保険者窓口において償還払いとなります。

エ. 「標準負担額」は、一部負担金の自己負担限度額（世帯ごと）により異なりますので、ご注意下さい。

**70歳以上**

| 所得区分    |    | 自己負担限度額（世帯ごと）                | 標準負担額<br>（1食につき） |       |
|---------|----|------------------------------|------------------|-------|
| 一 般     |    | 44,400 円                     | 260 円            |       |
| 現役並み所得者 |    | 80,100 円＋（総医療費－267,000 円）×1％ |                  |       |
| 低所得者    | I  | 15,000 円                     | 100 円            |       |
|         | II | 24,600 円                     | 90 日まで           | 210 円 |
|         |    |                              | 90 日超え           | 160 円 |

**70歳未満**

| 所得区分  |          | 自己負担限度額（世帯ごと）                 | 標準負担額<br>（1食につき） |       |
|-------|----------|-------------------------------|------------------|-------|
| 一 般   |          | 80,100 円＋（総医療費－267,000 円）×1％  | 260 円            |       |
| 上位所得者 |          | 150,000 円＋（総医療費－500,000 円）×1％ | 260 円            |       |
| 低所得者  | 35,400 円 |                               | 90 日まで           | 210 円 |
|       |          |                               | 90 日超え           | 160 円 |

### 3. 診療（調剤）報酬請求書

#### （1）請求書の様式

請求書の様式は（資料 12）のとおりです。

なお、用紙の大きさは日本工業規格「A 4」を使用して下さい。

#### （2）記載上の注意点

##### ①記載上のルール

請求書の作成は、厚生労働省通知「診療報酬請求書等の記載要領等について」に基づいて行って下さい。

なお、国保連合会への提出に際し、特に注意が必要な事項を、「（3）記載方法」に掲載していますので、併せて参考にして下さい。

##### ②請求書の種類

請求書の種類は、内科（入院・入院外）、歯科（入院・入院外）、調剤の5種類です。

それぞれの種類ごとに、「保険者番号別」に作成して下さい。

なお、法定外給付を行う明細書がある場合は、法定給付分とは別に作成して下さい。

#### （3）記載方法

##### ①「平成 年 月分」欄について

診療年月を記載して下さい。

##### ②「（別 記） 殿」欄について

保険者名、市町村名及び公費負担者名を下記例のとおり備考欄に記載することを原則としますが、省略しても差し支えありません。

例 （別 記） 千葉県知事 殿

##### ③「保険医療機関（薬局）の所在地及び名称・電話番号・開設者氏名・印」欄について

保険医療機関登録時に関東信越厚生（支）局長に届け出た所在地、名称及び開設者氏名を記載して下さい。

なお、開設者氏名については、開設者から診療報酬請求等につき委任を受けている場合は、保険医療機関の管理者の氏名であっても差し支えありません。

印については、保険医療機関の所在地、名称及び開設者の氏名とともに印形を一括印刷している場合には、捺印として取扱います。

また、保険医療機関の所在地、名称及び開設者の氏名及び印のゴム印を作成の上、これを押印することも、差し支えありません。

④「平成 年 月 日」欄について

請求書を提出する年月日を記載して下さい。

⑤国民健康保険における「保険者番号」欄について

保険者番号は、必ず**6桁**の番号を記載して下さい。

⑥後期高齢者医療における「後期高齢者医療広域連合都道府県番号」について

後期高齢者医療広域連合都道府県番号は、都道府県番号**2桁**を記載して下さい。

⑦「県番号」欄について

保険医療機関が所在する都道府県番号 (**千葉県は12**) を記載して下さい。

⑧「医療機関コード」欄について

保険医療機関登録時に設定された、医療機関コード**7桁**を記載して下さい。

⑨「法定外給付」欄について

法定外給付の場合のみ、該当の給付割合に○印をして下さい。

⑩「国民健康保険」欄について

「一般」及び「退職者」欄について

ア.「一般」欄は、国民健康保険の明細書（公費併用分を含む。）を、高齢受給者（70歳以上、一般・低所得8割・上位所得者7割）・被保険者・6歳とそれぞれ区分して記載して下さい。

イ.「退職者」欄は、退職者医療の明細書（公費併用分を含む。）を、本人・被扶養者・6歳とそれぞれ区分して記載して下さい。

ウ.「件数」・「診療実日数」・「点数」欄には、それぞれ明細書の合計を記載して下さい。

エ.「一部負担金」欄は、明細書の「療養の給付」の「保険」欄の「負担金額」（入院）、もしくは「一部負担金額」（外来）の項の合計を記載して下さい。

オ.「食事・生活療養」欄は、食事・生活療養に係る件数、回数、金額、標準負担額の合計を記載して下さい。

⑪「後期高齢者医療」欄について

ア.「後期高齢者医療」欄は、後期高齢者医療の明細書（公費併用分を含む。）を、9割、7割とそれぞれ区分して記載して下さい。

イ.「件数」・「診療実日数」・「点数」欄には、それぞれ明細書の合計を記載して下さい。

ウ.「一部負担金」欄は、明細書の「療養の給付」の「保険」欄の「負担金額」（入院）、もしくは「一部負担金額」（外来）の項の合計を記載して下さい。

エ.「食事・生活療養」欄は、食事・生活療養に係る件数、回数、金額、標準負担額の合計を記載して下さい。

#### ⑫「公費負担医療」欄について

- ア.「公費負担医療」欄には、公費併用明細書の「公費」欄に記載のある法制番号ごとに、公費負担医療に係る分を記載して下さい。（医療保険分との再掲となります。）
- イ.「件数」・「診療実日数」欄には、公費併用明細書の公費に係る分を合計して記載して下さい。
- ウ.「点数」欄には、公費併用明細書の公費に係る分（公費分点数）を合計して記載して下さい。
- エ. 公費分点数と保険点数が「同点数」の場合も、公費該当分を「点数」欄に記載して下さい。
- オ.「一部負担金額」（入院においては「負担金額」）欄には、公費負担医療の受給券の自己負担額を記載して下さい。
- 福祉医療「41」の一部負担金も、この欄に記載して下さい。
- カ. 食事・生活療養については、公費負担医療制度ごとに、明細書の食事・生活療養に係る件数、回数、金額、標準負担額の合計を記載して下さい。

## 4. 編綴

作成した明細書と請求書を取り繕い、総括票を添付して、国保連合会へ提出して下さい。

※ 請求点数が1カ月8万点（80万円）以上のレセプトについては、症状詳記の添付をお願いします。

なお、医科35万点以上、歯科20万点以上の明細書については、症状詳記並びに記載要領に基づく日計表を添付して下さい。

## 5. 特別療養費に係る診療（調剤）報酬明細書の提出方法等について

市町村は、「国民健康保険被保険者証」・「後期高齢者医療被保険者証」に代えて「国民健康保険被保険者資格証明書」・「後期高齢者医療被保険者資格証明書」を交付しており、この被保険者資格証明書を提示して受けた療養を「特別療養費」といいます。

この被保険者資格証明書を提示され診療を行った場合には、以下により提出されますようお願いいたします。

- ・窓口では、診療費用の10割（全額）を徴収して下さい。
- ・国保連合会に診療（調剤）報酬明細書を提出する場合は、診療（調剤）報酬明細書及び総括票の上部余白にそれぞれ「特別療養費」と朱書して下さい。
- ・特別療養費と朱書した診療（調剤）報酬明細書及び総括票は、一般の診療（調剤）報酬明細書等と区別し、診療月の翌月10日までに国保連合会へ提出して下さい。
- ・総括票の「件数」欄には件数を記載し、下部余白に保険者名及び件数を記載して下さい。

- ・国保連合会においては、審査終了後、当該明細書に審査済印を押印し、その写しを当該保険医療機関等へ送付いたします。

なお、原本は保険者へ送付いたします。

また、この写しは確定申告の際に必要となりますので、大切に保管してください。

## 6. その他の留意事項

- ・レセプトの印字にはゴシック体に類似した「OCR-Bフォント」が適しています。

明朝体のような通常文字は数字の開放部が狭いため誤認識の可能性がありますので、なるべく使用しないで下さい。

- ・印字文字どうしの接触や罫線からはみ出し等に注意して下さい。

- ・印字むらや文字のかすれが生じないよう、定期的にプリンタの清掃・点検をお願いします。

また、インクリボン・トナー等の交換は早めに行ってください。

- ・請求書等の記載及び訂正を手書きで行う場合は、黒インク又は黒ボールペン等を使用して下さい。

なお、訂正の際は、**修正液等は使用せず**、誤って記載した箇所を＝線で消して正しい数字等を記載して下さい。

## V 審査後の処理と支払いについて

### 1. 明細書の審査

明細書及び請求書の受付後、事務点検等の処理をへて、国保診療（調剤）報酬審査委員会が明細書を審査します。

### 2. 明細書の返戻

審査委員会が診療内容の審査を、事務職員が事務的項目の点検を行っておりますが、その結果、診療内容の照会や記載事項の不備等で明細書を返戻することがあります。

その場合は、請求媒体（データ、紙）に係わらず、紙明細書に返戻付せんを貼付して返送しますので、返戻理由を確認して下さい。

返戻された明細書を再提出する場合は、該当箇所の訂正や、照会内容への回答を明記の上、翌月分以降に含めて提出して下さい。

なお、オンライン請求の場合に限り、端末からの返戻内容の確認や、データを原本とした再提出も可能です。（P10 Ⅲ-6(3)）

#### - 注意事項 -

- ・ 明細書の再作成（再打ち出しや新規書き直し）による再請求は認められません。

必ず、国保連合会から返送した**原本**を再提出して下さい。

- ・ 返戻付せんは剥がさずに、そのまま提出して下さい。

- ・ 返戻付せんにはなにも書き込まないようお願いします。

内容照会の回答等は、**明細書の余白**に記載して下さい。

### 3. 増減点連絡書

審査委員会の審査及び事務点検の結果、請求点数に増減が生じた場合には、「増減点連絡書」によりお知らせいたします。（資料 14）

請求方法（レセプト電算処理システム、紙レセプト）に係わらず、郵送により書面でお知らせします。なお、オンライン請求の場合、データのダウンロードによる確認も可能です。

### 4. 診療（調剤）報酬明細書の取り下げ

診療報酬明細書を国保連合会に提出した後に、明細書を取り下げる必要が生じた場合には、「診療（調剤）報酬明細書の取り下げ依頼書」（資料 15）の様式により、明細書を提出した月の 15 日までに国保連合会に提出して下さい。

なお、上記締め切り後の明細書を取り下げる必要が生じた場合は、県外の保険者分は当月分と同じく千葉県国保連合会へ、県内の保険者分は該当の保険者へ直接、取り下げを依頼して下さい。

## 5. 再審査の請求方法

審査委員会の決定に不服がある場合には、国保連合会に再審査請求することができます。

この場合の様式は（資料 16）のとおりです。

**なお、再々審査は認められません。**

## 6. 過誤調整について

診療報酬支払額を決定した後において、保険者及び後期高齢者医療広域連合からの申し出により過誤を確認した場合は、原則として翌月以降の支払額から、その過誤額を調整いたします。支払額から過誤額を調整した場合は、「保険医療機関等過誤精算書」を振込通知書に同封し、お知らせします。

◎主な、過誤調整方法は、次のとおりです。

### （1）資格関係の過誤

明細書に「過誤調整依頼書」を添付して保険医療機関に返戻し、金額を過誤調整します。

### （2）点数誤り等の過誤

誤り部分のみの点数について過誤調整します。

## 7. 診療（調剤）報酬の支払期日

診療（調剤）報酬の支払期日は、請求月の翌月 25 日です。

ただし、レセプト電算処理システム参加医療機関に限り、原則請求月の翌月 20 日に支払いを行います。

支払方法は、指定口座への銀行振込みとなります。

その際、「診療（調剤）報酬等振込通知書」（資料 17）を送付いたしますので、毎月ご確認下さい。

## 8. その他

- ・ 電話や F A X での国保連合会への照会は、（資料 18）の事務局組織表を参照し、担当課（係）に直接連絡して下さい。
- ・ 国保連合会では、保険医療機関等へのお願いや、請求・支払事務に関する情報提供等のため、「国保ニュース」を隔月送付いたしておりますのでご活用下さい。
- ・ 国保連合会では、診療（調剤）報酬の源泉徴収をいたしておりませんので、毎月送付いたします「診療（調剤）報酬振込通知書」は、**確定申告の際に必要となりますので、大切に保管して下さい。**

## 国保・後期高齢者医療及び公費負担医療一覧表

| 法 制 区 分                                |                                                                                                                                        |                          |                         | 法制<br>番号 |
|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------|----------|
| 1. 国民健康保険法                             |                                                                                                                                        |                          |                         |          |
| (1)                                    | 国民健康保険単独                                                                                                                               |                          |                         | (25)     |
| ※国保単独の番号（25）は、事務処理上国保連合会で便宜的に設定したものです。 |                                                                                                                                        |                          |                         |          |
| (2)                                    | 国民健康保険法による退職者医療                                                                                                                        |                          |                         | 67       |
| 2. 高齢者の医療の確保に関する法律による療養の給付             |                                                                                                                                        |                          |                         | 39       |
| 3. 公費負担医療                              |                                                                                                                                        |                          |                         |          |
| (1)                                    | 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律                                                                                                             | 第37条の2                   | 結核患者の適正医療               | 10       |
| (2)                                    | 〃                                                                                                                                      | 第37条                     | 結核患者の入院                 | 11       |
| (3)                                    | 戦傷病者特別援護法                                                                                                                              | 第10条                     | 療養の給付                   | 13       |
| (4)                                    | 〃                                                                                                                                      | 第20条                     | 更生医療                    | 14       |
| (5)                                    | 障害者総合支援法                                                                                                                               | 第5条                      | 更生医療                    | 15       |
| (6)                                    | 〃                                                                                                                                      | 第5条                      | 育成医療                    | 16       |
| (7)                                    | 児童福祉法                                                                                                                                  | 第20条                     | 療育の給付                   | 17       |
| (8)                                    | 原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律                                                                                                                    | 第10条                     | 認定疾病医療                  | 18       |
| (9)                                    | 〃                                                                                                                                      | 第18条                     | 一般疾病医療費                 | 19       |
| (10)                                   | 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律                                                                                                                    | 第29条                     | 措置入院                    | 20       |
| (11)                                   | 障害者総合支援法                                                                                                                               | 第5条                      | 精神通院医療                  | 21       |
| (12)                                   | 麻薬及び向精神薬取締法による入院措置                                                                                                                     | 第58条の8                   |                         | 22       |
| (13)                                   | 母子保健法による養育医療                                                                                                                           | 第20条                     |                         | 23       |
| (14)                                   | 障害者総合支援法                                                                                                                               | 第70条及び<br>第71条           | 療養介護医療及び基<br>準該当療養介護医療  | 24       |
| (15)                                   | 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律                                                                                                             | 第37条                     | 一類感染症等<br>の患者の入院        | 28       |
| (16)                                   | 〃                                                                                                                                      | 第37条                     | 新感染症<br>の患者の入院          | 29       |
| (17)                                   | 肝炎治療特別促進事業に係る医療の給付                                                                                                                     |                          |                         | 38       |
| (18)                                   | 市条例に基づく福祉医療                                                                                                                            |                          |                         | 41       |
| (19)                                   | 特定疾患治療費，先天性血液凝固因子障害等治療費，水俣病<br>総合対策費の国庫補助による療養費及び研究治療費，茨城県<br>神栖町における有機ヒ素化合物による環境汚染及び健康被害<br>に係る緊急措置事業要綱による医療費及びメチル水銀の健康<br>影響による治療研究費 |                          |                         | 51       |
| (20)                                   | 児童福祉法による小児慢性特定疾患治療研究事業に係る医療の給付                                                                                                         |                          | 第21条の5                  | 52       |
| (21)                                   | 児童福祉法の措置等に係る医療の給付                                                                                                                      |                          |                         | 53       |
| (22)                                   | 特定B型肝炎ウイルス感染者給付金等の支給に関する特別措<br>置法による定期検査費及び母子感染防止医療費の支給                                                                                | 第12条第1項<br>及び<br>第13条第1項 |                         | 62       |
| (23)                                   | 石綿による健康被害の救済に関する法律による医療費の支給                                                                                                            |                          | 第4条                     | 66       |
| (24)                                   | 児童福祉法                                                                                                                                  | 第21条の5<br>及び<br>第24条の20  | 肢体不自由児通所医療<br>及び障害児入所医療 | 79       |
| (25)                                   | 千葉県子ども医療費助成制度                                                                                                                          |                          |                         | 83       |

# VI 資 料

千葉県国民健康保険、保険者番号並びに被保険者証の記号・番号一覧表

| 保険者名    | 保険者番号  | 被 保 険 者 証 |          |               | 法定外の給付  | カ ー ド 化 状 況 |
|---------|--------|-----------|----------|---------------|---------|-------------|
|         |        | 記 号       | 番 号      | 有効期限<br>(平 成) |         |             |
| 千 葉 市   |        |           | 1桁～7桁    | 26年7月31日      |         | ○           |
| 中 央 区   | 124016 | 31        |          |               |         |             |
| 花見川区    | 124024 | 32        |          |               |         |             |
| 稲 毛 区   | 124032 | 33        |          |               |         |             |
| 若 葉 区   | 124040 | 34        |          |               |         |             |
| 緑 区     | 124057 | 35        |          |               |         |             |
| 美 浜 区   | 124065 | 36        |          |               |         |             |
| 銚 子 市   | 120022 | 銚         | 3桁～6桁    | 27年3月31日      |         | ○           |
| 市 川 市   | 120030 | 市         | 7桁       | 26年7月31日      |         | ○           |
| 船 橋 市   | 120048 | 船         | 2桁～7桁    | 26年7月31日      |         | ○           |
| 館 山 市   | 120055 | 05        | 8桁       | 27年3月31日      |         | ○           |
| 木 更 津 市 | 120063 | 06        | 7桁       | 26年7月31日      |         | ○           |
| 松 戸 市   | 120071 | 松         | 1桁～7桁－1桁 | 26年7月31日      |         | ○           |
| 野 田 市   | 120089 | 野田        | 8桁       | 26年7月31日      |         | ○           |
| 茂 原 市   | 120105 | 茂         | 6桁       | 26年7月31日      |         | ○           |
| 成 田 市   | 120113 | 成田        | 6桁       | 26年7月31日      |         | ○           |
| 佐 倉 市   | 120121 | 倉         | 6桁－1桁    | 26年7月31日      |         | ○           |
| 東 金 市   | 120139 | 13        | 6桁       | 26年7月31日      |         | ○           |
| 習 志 野 市 | 120162 | 16        | 8桁       | 26年7月31日      |         | ○           |
| 柏 市     | 120170 | 柏         | 6桁       | 26年7月31日      |         | ○           |
| 勝 浦 市   | 120188 | 18        | 8桁       | 26年7月31日      |         | ○           |
| 市 原 市   | 120196 | 市原        | 7桁       | 26年7月31日      |         | ○           |
| 流 山 市   | 120204 | 流         | 6桁       | 26年7月31日      |         | ○           |
| 八 千 代 市 | 120212 | 21        | 7桁       | 26年7月31日      |         | ○           |
| 我 孫 子 市 | 120220 | 我0～我9     | 8桁       | 26年7月31日      |         | ○           |
| 鴨 川 市   | 120238 | 23        | 8桁       | 27年3月31日      |         | ○           |
| 鎌 ヶ 谷 市 | 120246 | 鎌         | 5桁       | 26年7月31日      |         | ○           |
| 君 津 市   | 120253 | 君津        | 2桁～8桁    | 26年7月31日      |         | ○           |
| 富 津 市   | 120261 | 富津        | 5桁       | 26年7月31日      |         | ○           |
| 旭 市     | 120279 | 27        | 8桁       | 27年3月31日      |         | ○           |
| い す み 市 | 120410 | 41        | 6桁       | 26年7月31日      |         | ○           |
| 匝 瑳 市   | 120428 | 42        | 7桁       | 27年3月31日      |         | ○           |
| 南 房 総 市 | 120436 | 43        | 7桁       | 27年3月31日      |         | ○           |
| 香 取 市   | 120444 | 香         | 8桁       | 26年7月31日      |         | ○           |
| 山 武 市   | 120451 | 45        | 6桁       | 26年7月31日      |         | ○           |
| 浦 安 市   | 120519 | 浦         | 3桁～7桁    | 26年7月31日      |         | ○           |
| 四 街 道 市 | 120543 | 54        | 8桁       | 26年7月31日      |         | ○           |
| 酒 々 井 町 | 120550 | 酒○○       | 4桁       | 26年7月31日      |         | ○           |
| 八 街 市   | 120568 | 56        | 4桁～5桁    | 26年9月30日      | 【結核10割】 | ○           |
| 富 里 市   | 120576 | 里         | 6桁－1桁    | 26年9月30日      |         | ○           |
| 白 井 市   | 120592 | 井         | 6桁       | 26年7月31日      |         | ○           |

資料 2  
平成26年1月調査

| 保 険 者 名              | 保険者番号  | 被 保 険 者 証                          |                                          |               | 法定外の給付 | カ ー ド 化 状 況 |
|----------------------|--------|------------------------------------|------------------------------------------|---------------|--------|-------------|
|                      |        | 記 号                                | 番 号                                      | 有効期限<br>(平 成) |        |             |
| 印 西 市                | 120600 | 印                                  | 6桁                                       | 26年7月31日      |        | ○           |
| 栄 町                  | 120626 | 栄                                  | 6桁                                       | 28年3月31日      |        | ○           |
| 神 崎 町                | 120642 | 64                                 | 7桁                                       | 26年7月31日      |        | ○           |
| 多 古 町                | 120691 | 多                                  | 5桁                                       | 27年9月30日      |        | ○           |
| 東 庄 町                | 120717 | 71                                 | 7桁                                       | 26年7月31日      |        | ○           |
| 大網白里市                | 120766 | 76                                 | 6桁                                       | 26年7月31日      |        | ○           |
| 九十九里町                | 120774 | 77                                 | 6桁                                       | 26年7月31日      |        | ○           |
| 芝 山 町                | 120832 | 83                                 | 6桁                                       | 26年7月31日      |        | ○           |
| 一 宮 町                | 120840 | 84                                 | 8桁                                       | 26年7月31日      |        | ○           |
| 睦 沢 町                | 120857 | 睦                                  | 6桁                                       | 26年7月31日      |        | ○           |
| 長 生 村                | 120865 | 86                                 | 8桁                                       | 26年7月31日      |        | ○           |
| 白 子 町                | 120873 | 87                                 | 8桁                                       | 26年7月31日      |        | ○           |
| 長 柄 町                | 120881 | 88                                 | 8桁                                       | 26年7月31日      |        | ○           |
| 長 南 町                | 120899 | 89                                 | 8桁                                       | 26年7月31日      |        | ○           |
| 大 多 喜 町              | 120907 | 90                                 | 8桁                                       | 27年7月31日      |        | ○           |
| 御 宿 町                | 120923 | 御                                  | 7桁                                       | 26年7月31日      |        | ○           |
| 鋸 南 町                | 120972 | 97                                 | 6桁                                       | 27年3月31日      |        | ○           |
| 袖 ケ 浦 市              | 121046 | 袖                                  | 7桁                                       | 26年7月31日      |        | ○           |
| 横 芝 光 町              | 121053 | 横芝光                                | 1桁～6桁                                    | 26年7月31日      |        | ○           |
| 県 医 師<br>国 保 組 合     | 123018 | 千医国01～<br>千医国23                    | 第1種組合員<br>1桁～3桁<br>第2種組合員<br>1桁～3桁—2桁～3桁 | 27年3月31日      |        | ○           |
| 県 歯 科 医 師<br>国 保 組 合 | 123026 | 千歯国01～<br>千歯国10<br>千歯国12～<br>千歯国22 | 第1種組合員<br>1桁～3桁<br>第2種組合員<br>1桁～3桁—1桁～3桁 | 27年3月31日      |        | ○           |
| 県 薬 剤 師<br>国 保 組 合   | 123034 | 38                                 | 8 桁                                      | 27年9月30日      |        | ○           |

○印は、すでにカード化となっている保険者です。

※ 当該一覧表は、平成25年4月1日現在の調査により作成したものです。

被保険者証の切替時（有効期限を参照）には表記より記号・番号（桁数等）  
が変更になる場合もあります。

**毎月の被保険者証の提示喚起及び確認をお願いいたします。**

## 後期高齢者医療保険者番号（千葉県）

|    | 保 険 者 名 | 市町村番号       |    | 保 険 者 名 | 市町村番号       |
|----|---------|-------------|----|---------|-------------|
| 1  | 千 葉 市   | 39 12 100 9 | 37 | 大網白里市   | 39 12 239 5 |
| 2  | 銚 子 市   | 39 12 202 3 | 38 | 酒 々 井 町 | 39 12 322 9 |
| 3  | 市 川 市   | 39 12 203 1 | 39 | 栄 町     | 39 12 329 4 |
| 4  | 船 橋 市   | 39 12 204 9 | 40 | 神 崎 町   | 39 12 342 7 |
| 5  | 館 山 市   | 39 12 205 6 | 41 | 多 古 町   | 39 12 347 6 |
| 6  | 木 更 津 市 | 39 12 206 4 | 42 | 東 庄 町   | 39 12 349 2 |
| 7  | 松 戸 市   | 39 12 207 2 | 43 | 九十九里町   | 39 12 403 7 |
| 8  | 野 田 市   | 39 12 208 0 | 44 | 芝 山 町   | 39 12 409 4 |
| 9  | 茂 原 市   | 39 12 210 6 | 45 | 横 芝 光 町 | 39 12 410 2 |
| 10 | 成 田 市   | 39 12 211 4 | 46 | 一 宮 町   | 39 12 421 9 |
| 11 | 佐 倉 市   | 39 12 212 2 | 47 | 睦 沢 町   | 39 12 422 7 |
| 12 | 東 金 市   | 39 12 213 0 | 48 | 長 生 村   | 39 12 423 5 |
| 13 | 旭 市     | 39 12 215 5 | 49 | 白 子 町   | 39 12 424 3 |
| 14 | 習 志 野 市 | 39 12 216 3 | 50 | 長 柄 町   | 39 12 426 8 |
| 15 | 柏 市     | 39 12 217 1 | 51 | 長 南 町   | 39 12 427 6 |
| 16 | 勝 浦 市   | 39 12 218 9 | 52 | 大 多 喜 町 | 39 12 441 7 |
| 17 | 市 原 市   | 39 12 219 7 | 53 | 御 宿 町   | 39 12 443 3 |
| 18 | 流 山 市   | 39 12 220 5 | 54 | 鋸 南 町   | 39 12 463 1 |
| 19 | 八 千 代 市 | 39 12 221 3 |    |         |             |
| 20 | 我 孫 子 市 | 39 12 222 1 |    |         |             |
| 21 | 鴨 川 市   | 39 12 223 9 |    |         |             |
| 22 | 鎌ヶ谷市    | 39 12 224 7 |    |         |             |
| 23 | 君 津 市   | 39 12 225 4 |    | 中 央 区   | 39 12 101 7 |
| 24 | 富 津 市   | 39 12 226 2 |    | 花 見 川 区 | 39 12 102 5 |
| 25 | 浦 安 市   | 39 12 227 0 |    | 稲 毛 区   | 39 12 103 3 |
| 26 | 四 街 道 市 | 39 12 228 8 |    | 若 葉 区   | 39 12 104 1 |
| 27 | 袖ヶ浦市    | 39 12 229 6 |    | 緑 区     | 39 12 105 8 |
| 28 | 八 街 市   | 39 12 230 4 |    | 美 浜 区   | 39 12 106 6 |
| 29 | 印 西 市   | 39 12 231 2 |    |         |             |
| 30 | 白 井 市   | 39 12 232 0 |    |         |             |
| 31 | 富 里 市   | 39 12 233 8 |    |         |             |
| 32 | 南 房 総 市 | 39 12 234 6 |    |         |             |
| 33 | 匝 瑳 市   | 39 12 235 3 |    |         |             |
| 34 | 香 取 市   | 39 12 236 1 |    |         |             |
| 35 | 山 武 市   | 39 12 237 9 |    |         |             |
| 36 | い す み 市 | 39 12 238 7 |    |         |             |

## 後期高齢者医療広域連合都道府県番号

| 都道府県名 | 都道府県番号 | 都道府県名 | 都道府県番号 |
|-------|--------|-------|--------|
| 北海道   | 3901   | 滋賀県   | 3925   |
| 青森県   | 3902   | 京都府   | 3926   |
| 岩手県   | 3903   | 大阪府   | 3927   |
| 宮城県   | 3904   | 兵庫県   | 3928   |
| 秋田県   | 3905   | 奈良県   | 3929   |
| 山形県   | 3906   | 和歌山県  | 3930   |
| 福島県   | 3907   | 鳥取県   | 3931   |
| 茨城県   | 3908   | 島根県   | 3932   |
| 栃木県   | 3909   | 岡山県   | 3933   |
| 群馬県   | 3910   | 広島県   | 3934   |
| 埼玉県   | 3911   | 山口県   | 3935   |
| 千葉県   | 3912   | 徳島県   | 3936   |
| 東京都   | 3913   | 香川県   | 3937   |
| 神奈川県  | 3914   | 愛媛県   | 3938   |
| 新潟県   | 3915   | 高知県   | 3939   |
| 富山県   | 3916   | 福岡県   | 3940   |
| 石川県   | 3917   | 佐賀県   | 3941   |
| 福井県   | 3918   | 長崎県   | 3942   |
| 山梨県   | 3919   | 熊本県   | 3943   |
| 長野県   | 3920   | 大分県   | 3944   |
| 岐阜県   | 3921   | 宮崎県   | 3945   |
| 静岡県   | 3922   | 鹿児島県  | 3946   |
| 愛知県   | 3923   | 沖縄県   | 3947   |
| 三重県   | 3924   |       |        |

## 各市町村の子ども医療費助成制度の助成内容について

平成25年12月1日時点

| 番号 | 市町村名  | 助成の対象年齢 |        | 現物給付の対象年齢<br>(受給券の発行対象年齢) |        | 自己負担金                   |                                                | 所得制限 |                       |
|----|-------|---------|--------|---------------------------|--------|-------------------------|------------------------------------------------|------|-----------------------|
|    |       | 入院      | 通院     | 入院                        | 通院     | 乳幼児                     | 小学生以上                                          | 乳幼児  | 小学生以上                 |
| 1  | 千葉市   | 中学校3年生  | 小学校3年生 | 中学校3年生                    | 小学校3年生 | 0円又は300円                | 0円又は300円                                       | なし   | なし                    |
| 2  | 銚子市   | 中学校3年生  | 中学校3年生 | 中学校3年生                    | 中学校3年生 | 0円又は300円                | 0円又は300円                                       | あり   | あり                    |
| 3  | 市川市   | 中学校3年生  | 中学校3年生 | 中学校3年生                    | 中学校3年生 | 0円又は300円                | 0円又は300円                                       | なし   | あり                    |
| 4  | 船橋市   | 中学校3年生  | 中学校3年生 | 中学校3年生                    | 中学校3年生 | 0円又は300円                | 0円又は300円                                       | なし   | なし                    |
| 5  | 館山市   | 中学校3年生  | 小学校3年生 | 中学校3年生                    | 小学校3年生 | 0円又は300円                | 0円又は300円                                       | あり   | あり                    |
| 6  | 木更津市  | 中学校3年生  | 中学校3年生 | 中学校3年生                    | 中学校3年生 | 0円又は200円                | 0円又は200円                                       | なし   | なし                    |
| 7  | 松戸市   | 中学校3年生  | 中学校3年生 | 中学校3年生                    | 中学校3年生 | 0円又は200円                | 0円又は200円                                       | なし   | なし                    |
| 8  | 野田市   | 中学校3年生  | 小学校3年生 | 中学校3年生                    | 小学校3年生 | 0円又は200円                | 0円又は200円                                       | なし   | なし                    |
| 9  | 茂原市   | 中学校3年生  | 小学校3年生 | 中学校3年生                    | 小学校3年生 | 0円又は300円                | 0円又は300円                                       | あり   | あり                    |
| 10 | 成田市   | 中学校3年生  | 中学校3年生 | 中学校3年生                    | 中学校3年生 | 0円又は200円                | 0円又は200円                                       | なし   | なし                    |
| 11 | 佐倉市   | 中学校3年生  | 中学校3年生 | 中学校3年生                    | 中学校3年生 | 0円又は200円                | 0円又は200円                                       | なし   | なし                    |
| 12 | 東金市   | 中学校3年生  | 小学校3年生 | 中学校3年生                    | 小学校3年生 | 0円又は200円                | 0円又は200円                                       | なし   | なし                    |
| 13 | 旭市    | 中学校3年生  | 中学校3年生 | 中学校3年生                    | 中学校3年生 | 0円又は300円                | 0円又は300円                                       | なし   | なし                    |
| 14 | 習志野市  | 中学校3年生  | 小学校3年生 | 中学校3年生                    | 小学校3年生 | 0円又は300円                | 0円又は300円                                       | なし   | なし                    |
| 15 | 柏市    | 中学校3年生  | 小学校3年生 | 中学校3年生                    | 小学校3年生 | 0円又は200円                | 0円又は200円                                       | なし   | なし                    |
| 16 | 勝浦市   | 中学校3年生  | 小学校6年生 | 中学校3年生                    | 小学校3年生 | 0円                      | 0円                                             | なし   | なし                    |
| 17 | 市原市   | 中学校3年生  | 中学校3年生 | 中学校3年生                    | 中学校3年生 | 0歳児:0円<br>1歳児以上0円又は200円 | 0円又は200円                                       | なし   | なし                    |
| 18 | 流山市   | 中学校3年生  | 小学校6年生 | 中学校3年生                    | 小学校6年生 | 0円又は200円                | 0円又は200円                                       | なし   | なし                    |
| 19 | 八千代市  | 中学校3年生  | 小学校3年生 | 中学校3年生                    | 小学校3年生 | 0円又は300円                | 0円又は300円                                       | なし   | なし                    |
| 20 | 我孫子市  | 中学校3年生  | 中学校3年生 | 中学校3年生                    | 中学校3年生 | 0円又は200円                | 0円又は200円                                       | なし   | なし                    |
| 21 | 鴨川市   | 中学校3年生  | 小学校3年生 | 中学校3年生                    | 小学校3年生 | 0円                      | 0円                                             | なし   | なし                    |
| 22 | 鎌ヶ谷市  | 中学校3年生  | 小学校3年生 | 中学校3年生                    | 小学校3年生 | 0円又は300円                | 0円又は300円                                       | なし   | なし                    |
| 23 | 君津市   | 中学校3年生  | 中学校3年生 | 中学校3年生                    | 中学校3年生 | 0円                      | 0円                                             | なし   | なし                    |
| 24 | 富津市   | 中学校3年生  | 中学校3年生 | 中学校3年生                    | 中学校3年生 | 0円又は200円                | 0円又は200円                                       | なし   | なし                    |
| 25 | 浦安市   | 中学校3年生  | 中学校3年生 | 中学校3年生                    | 中学校3年生 | 0円                      | 0円又は200円                                       | なし   | なし                    |
| 26 | 四街道市  | 中学校3年生  | 中学校3年生 | 中学校3年生                    | 中学校3年生 | 0円                      | 0円                                             | なし   | なし                    |
| 27 | 袖ヶ浦市  | 中学校3年生  | 中学校3年生 | 中学校3年生                    | 中学校3年生 | 0円又は200円                | 0円又は200円                                       | なし   | なし                    |
| 28 | 八街市   | 中学校3年生  | 中学校3年生 | 中学校3年生                    | 中学校3年生 | 0円又は200円                | 0円又は200円                                       | なし   | なし                    |
| 29 | 印西市   | 中学校3年生  | 中学校3年生 | 中学校3年生                    | 中学校3年生 | 0円又は200円                | 0円又は200円                                       | なし   | なし                    |
| 30 | 白井市   | 中学校3年生  | 小学校6年生 | 中学校3年生                    | 小学校6年生 | 0円又は300円                | 0円又は300円                                       | なし   | あり                    |
| 31 | 富里市   | 中学校3年生  | 中学校3年生 | 中学校3年生                    | 中学校3年生 | 0円又は200円                | 0円又は200円                                       | なし   | なし                    |
| 32 | 南房総市  | 中学校3年生  | 小学校3年生 | 中学校3年生                    | 小学校3年生 | 0円又は300円                | 0円又は300円                                       | なし   | なし                    |
| 33 | 匝瑳市   | 中学校3年生  | 中学校3年生 | 中学校3年生                    | 小学校3年生 | 0円                      | 0円                                             | なし   | なし                    |
| 34 | 香取市   | 中学校3年生  | 中学校3年生 | 中学校3年生                    | 中学校3年生 | 0円又は200円                | 0円又は200円                                       | なし   | なし                    |
| 35 | 山武市   | 中学校3年生  | 小学校3年生 | 中学校3年生                    | 小学校3年生 | 0円又は300円                | 0円又は300円                                       | なし   | なし                    |
| 36 | いすみ市  | 高校3年生   | 高校3年生  | 中学校3年生                    | 中学校3年生 | 0円                      | 0円                                             | なし   | なし                    |
| 37 | 大網白里市 | 中学校3年生  | 小学校6年生 | 中学校3年生                    | 小学校6年生 | 0円                      | 小1～小3:0円<br>通院小4～小6:<br>0円又は300円<br>入院小4～中3:0円 | なし   | なし                    |
| 38 | 酒々井町  | 中学校3年生  | 中学校3年生 | 中学校3年生                    | 中学校3年生 | 0円又は200円                | 0円又は200円                                       | なし   | なし                    |
| 39 | 栄町    | 中学校3年生  | 中学校3年生 | 中学校3年生                    | 中学校3年生 | 0円又は200円                | 0円又は200円                                       | なし   | なし                    |
| 40 | 神崎町   | 中学校3年生  | 中学校3年生 | 中学校3年生                    | 中学校3年生 | 0円又は200円                | 0円又は200円                                       | なし   | なし                    |
| 41 | 多古町   | 中学校3年生  | 中学校3年生 | 中学校3年生                    | 中学校3年生 | 0円又は200円                | 0円又は200円                                       | なし   | なし                    |
| 42 | 東庄町   | 中学校3年生  | 中学校3年生 | 中学校3年生                    | 中学校3年生 | 0円                      | 0円                                             | なし   | なし                    |
| 43 | 九十九里町 | 中学校3年生  | 小学校3年生 | 中学校3年生                    | 小学校3年生 | 0円又は300円                | 0円又は300円                                       | なし   | なし                    |
| 44 | 芝山町   | 中学校3年生  | 中学校3年生 | 中学校3年生                    | 中学校3年生 | 0円又は200円                | 0円又は200円                                       | なし   | なし                    |
| 45 | 横芝光町  | 中学校3年生  | 中学校3年生 | 中学校3年生                    | 中学校3年生 | 0円                      | 0円                                             | なし   | なし                    |
| 46 | 一宮町   | 高校1年生   | 高校1年生  | 中学校3年生                    | 中学校3年生 | 0円又は300円                | 0円又は300円                                       | なし   | なし                    |
| 47 | 睦沢町   | 中学校3年生  | 中学校3年生 | 中学校3年生                    | 中学校3年生 | 0円                      | 0円                                             | なし   | なし                    |
| 48 | 長生村   | 中学校3年生  | 中学校3年生 | 中学校3年生                    | 中学校3年生 | 0円又は300円                | 0円又は300円                                       | あり   | あり                    |
| 49 | 白子町   | 中学校3年生  | 小学校3年生 | 中学校3年生                    | 小学校3年生 | 0円又は300円                | 0円又は300円                                       | あり   | あり                    |
| 50 | 長柄町   | 中学校3年生  | 中学校3年生 | 中学校3年生                    | 中学校3年生 | 0円                      | 0円                                             | なし   | なし                    |
| 51 | 長南町   | 中学校3年生  | 中学校3年生 | 中学校3年生                    | 中学校3年生 | 0円                      | 0円                                             | なし   | なし                    |
| 52 | 大多喜町  | 中学校3年生  | 小学校6年生 | 中学校3年生                    | 小学校6年生 | 0円                      | 0円                                             | なし   | なし                    |
| 53 | 御宿町   | 中学校3年生  | 中学校3年生 | 中学校3年生                    | 中学校3年生 | 0円又は300円                | 0円又は300円                                       | なし   | 小1～小3:なし<br>通院小4以上:あり |
| 54 | 鋸南町   | 中学校3年生  | 小学校3年生 | 中学校3年生                    | 小学校3年生 | 0円又は200円                | 0円又は300円                                       | なし   | なし                    |

# 子ども医療市町村別公費負担者番号一覧 (平成25年8月1日以降)

| 市町村名 | 事業別番号 |   | 都道府県番号 |   | 自己負担区分 | 市町村番号 |   | 検証番号 |
|------|-------|---|--------|---|--------|-------|---|------|
| 千葉市  | 8     | 3 | 1      | 2 | 0      | 0     | 1 | 4    |
|      | 8     | 3 | 1      | 2 | 3      | 0     | 1 | 8    |
|      | 8     | 3 | 1      | 2 | 4      | 0     | 1 | 6    |
| 習志野市 | 8     | 3 | 1      | 2 | 0      | 0     | 2 | 2    |
|      | 8     | 3 | 1      | 2 | 3      | 0     | 2 | 6    |
|      | 8     | 3 | 1      | 2 | 4      | 0     | 2 | 4    |
| 八千代市 | 8     | 3 | 1      | 2 | 0      | 0     | 3 | 0    |
|      | 8     | 3 | 1      | 2 | 3      | 0     | 3 | 4    |
|      | 8     | 3 | 1      | 2 | 4      | 0     | 3 | 2    |
| 船橋市  | 8     | 3 | 1      | 2 | 0      | 0     | 4 | 8    |
|      | 8     | 3 | 1      | 2 | 3      | 0     | 4 | 2    |
|      | 8     | 3 | 1      | 2 | 4      | 0     | 4 | 0    |
| 鎌ヶ谷市 | 8     | 3 | 1      | 2 | 0      | 0     | 5 | 5    |
|      | 8     | 3 | 1      | 2 | 3      | 0     | 5 | 9    |
|      | 8     | 3 | 1      | 2 | 4      | 0     | 5 | 7    |
| 市川市  | 8     | 3 | 1      | 2 | 0      | 0     | 6 | 3    |
|      | 8     | 3 | 1      | 2 | 3      | 0     | 6 | 7    |
|      | 8     | 3 | 1      | 2 | 4      | 0     | 6 | 5    |
| 浦安市  | 8     | 3 | 1      | 2 | 0      | 0     | 7 | 1    |
|      | 8     | 3 | 1      | 2 | 1      | 0     | 7 | 9    |
|      | 8     | 3 | 1      | 2 | 2      | 0     | 7 | 7    |
|      | 8     | 3 | 1      | 2 | 4      | 0     | 7 | 3    |
| 松戸市  | 8     | 3 | 1      | 2 | 0      | 0     | 8 | 9    |
|      | 8     | 3 | 1      | 2 | 1      | 0     | 8 | 7    |
|      | 8     | 3 | 1      | 2 | 4      | 0     | 8 | 1    |
| 柏市   | 8     | 3 | 1      | 2 | 0      | 0     | 9 | 7    |
|      | 8     | 3 | 1      | 2 | 1      | 0     | 9 | 5    |
|      | 8     | 3 | 1      | 2 | 4      | 0     | 9 | 9    |
| 流山市  | 8     | 3 | 1      | 2 | 0      | 1     | 0 | 5    |
|      | 8     | 3 | 1      | 2 | 1      | 1     | 0 | 3    |
|      | 8     | 3 | 1      | 2 | 4      | 1     | 0 | 7    |
| 我孫子市 | 8     | 3 | 1      | 2 | 0      | 1     | 1 | 3    |
|      | 8     | 3 | 1      | 2 | 1      | 1     | 1 | 1    |
|      | 8     | 3 | 1      | 2 | 4      | 1     | 1 | 5    |
| 野田市  | 8     | 3 | 1      | 2 | 0      | 1     | 3 | 9    |
|      | 8     | 3 | 1      | 2 | 1      | 1     | 3 | 7    |
|      | 8     | 3 | 1      | 2 | 4      | 1     | 3 | 1    |

|      |   |   |   |   |   |   |   |   |
|------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 成田市  | 8 | 3 | 1 | 2 | 0 | 1 | 5 | 4 |
|      | 8 | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 | 5 | 2 |
|      | 8 | 3 | 1 | 2 | 2 | 1 | 5 | 0 |
|      | 8 | 3 | 1 | 2 | 4 | 1 | 5 | 6 |
| 佐倉市  | 8 | 3 | 1 | 2 | 0 | 1 | 6 | 2 |
|      | 8 | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 | 6 | 0 |
|      | 8 | 3 | 1 | 2 | 4 | 1 | 6 | 4 |
| 四街道市 | 8 | 3 | 1 | 2 | 0 | 1 | 7 | 0 |
|      | 8 | 3 | 1 | 2 | 2 | 1 | 7 | 6 |
|      | 8 | 3 | 1 | 2 | 4 | 1 | 7 | 2 |
| 八街市  | 8 | 3 | 1 | 2 | 0 | 1 | 8 | 8 |
|      | 8 | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 | 8 | 6 |
|      | 8 | 3 | 1 | 2 | 4 | 1 | 8 | 0 |
| 印西市  | 8 | 3 | 1 | 2 | 0 | 1 | 9 | 6 |
|      | 8 | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 | 9 | 4 |
|      | 8 | 3 | 1 | 2 | 4 | 1 | 9 | 8 |
| 白井市  | 8 | 3 | 1 | 2 | 0 | 2 | 0 | 4 |
|      | 8 | 3 | 1 | 2 | 3 | 2 | 0 | 8 |
|      | 8 | 3 | 1 | 2 | 4 | 2 | 0 | 6 |
| 富里市  | 8 | 3 | 1 | 2 | 0 | 2 | 1 | 2 |
|      | 8 | 3 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 0 |
|      | 8 | 3 | 1 | 2 | 4 | 2 | 1 | 4 |
| 酒々井町 | 8 | 3 | 1 | 2 | 0 | 2 | 2 | 0 |
|      | 8 | 3 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 8 |
|      | 8 | 3 | 1 | 2 | 4 | 2 | 2 | 2 |
| 栄町   | 8 | 3 | 1 | 2 | 0 | 2 | 5 | 3 |
|      | 8 | 3 | 1 | 2 | 1 | 2 | 5 | 1 |
|      | 8 | 3 | 1 | 2 | 4 | 2 | 5 | 5 |
| 神崎町  | 8 | 3 | 1 | 2 | 0 | 2 | 8 | 7 |
|      | 8 | 3 | 1 | 2 | 1 | 2 | 8 | 5 |
|      | 8 | 3 | 1 | 2 | 4 | 2 | 8 | 9 |
| 多古町  | 8 | 3 | 1 | 2 | 0 | 3 | 3 | 7 |
|      | 8 | 3 | 1 | 2 | 1 | 3 | 3 | 5 |
|      | 8 | 3 | 1 | 2 | 4 | 3 | 3 | 9 |
| 東庄町  | 8 | 3 | 1 | 2 | 0 | 3 | 5 | 2 |
|      | 8 | 3 | 1 | 2 | 2 | 3 | 5 | 8 |
|      | 8 | 3 | 1 | 2 | 4 | 3 | 5 | 4 |
| 銚子市  | 8 | 3 | 1 | 2 | 0 | 3 | 6 | 0 |
|      | 8 | 3 | 1 | 2 | 3 | 3 | 6 | 4 |
| 旭市   | 8 | 3 | 1 | 2 | 0 | 3 | 8 | 6 |
|      | 8 | 3 | 1 | 2 | 3 | 3 | 8 | 0 |
|      | 8 | 3 | 1 | 2 | 4 | 3 | 8 | 8 |

|       |   |   |   |   |   |   |   |   |
|-------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 東金市   | 8 | 3 | 1 | 2 | 0 | 4 | 3 | 6 |
|       | 8 | 3 | 1 | 2 | 1 | 4 | 3 | 4 |
|       | 8 | 3 | 1 | 2 | 4 | 4 | 3 | 8 |
| 大網白里市 | 8 | 3 | 1 | 2 | 0 | 4 | 4 | 4 |
|       | 8 | 3 | 1 | 2 | 2 | 4 | 4 | 0 |
|       | 8 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 4 | 8 |
|       | 8 | 3 | 1 | 2 | 4 | 4 | 4 | 6 |
| 九十九里町 | 8 | 3 | 1 | 2 | 0 | 4 | 5 | 1 |
|       | 8 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 5 |
|       | 8 | 3 | 1 | 2 | 4 | 4 | 5 | 3 |
| 芝山町   | 8 | 3 | 1 | 2 | 0 | 5 | 1 | 9 |
|       | 8 | 3 | 1 | 2 | 1 | 5 | 1 | 7 |
|       | 8 | 3 | 1 | 2 | 4 | 5 | 1 | 1 |
| 茂原市   | 8 | 3 | 1 | 2 | 0 | 5 | 2 | 7 |
|       | 8 | 3 | 1 | 2 | 3 | 5 | 2 | 1 |
| 一宮町   | 8 | 3 | 1 | 2 | 0 | 5 | 3 | 5 |
|       | 8 | 3 | 1 | 2 | 3 | 5 | 3 | 9 |
|       | 8 | 3 | 1 | 2 | 4 | 5 | 3 | 7 |
| 睦沢町   | 8 | 3 | 1 | 2 | 0 | 5 | 4 | 3 |
|       | 8 | 3 | 1 | 2 | 2 | 5 | 4 | 9 |
|       | 8 | 3 | 1 | 2 | 4 | 5 | 4 | 5 |
| 長生村   | 8 | 3 | 1 | 2 | 0 | 5 | 5 | 0 |
|       | 8 | 3 | 1 | 2 | 3 | 5 | 5 | 4 |
| 白子町   | 8 | 3 | 1 | 2 | 0 | 5 | 6 | 8 |
|       | 8 | 3 | 1 | 2 | 3 | 5 | 6 | 2 |
| 長柄町   | 8 | 3 | 1 | 2 | 0 | 5 | 7 | 6 |
|       | 8 | 3 | 1 | 2 | 2 | 5 | 7 | 2 |
|       | 8 | 3 | 1 | 2 | 4 | 5 | 7 | 8 |
| 長南町   | 8 | 3 | 1 | 2 | 0 | 5 | 8 | 4 |
|       | 8 | 3 | 1 | 2 | 2 | 5 | 8 | 0 |
|       | 8 | 3 | 1 | 2 | 4 | 5 | 8 | 6 |
| 勝浦市   | 8 | 3 | 1 | 2 | 0 | 5 | 9 | 2 |
|       | 8 | 3 | 1 | 2 | 2 | 5 | 9 | 8 |
|       | 8 | 3 | 1 | 2 | 4 | 5 | 9 | 4 |
| 大多喜町  | 8 | 3 | 1 | 2 | 0 | 6 | 0 | 0 |
|       | 8 | 3 | 1 | 2 | 2 | 6 | 0 | 6 |
|       | 8 | 3 | 1 | 2 | 4 | 6 | 0 | 2 |
| 御宿町   | 8 | 3 | 1 | 2 | 0 | 6 | 2 | 6 |
|       | 8 | 3 | 1 | 2 | 3 | 6 | 2 | 0 |
|       | 8 | 3 | 1 | 2 | 4 | 6 | 2 | 8 |
| 館山市   | 8 | 3 | 1 | 2 | 0 | 6 | 5 | 9 |
|       | 8 | 3 | 1 | 2 | 3 | 6 | 5 | 3 |

|      |   |   |   |   |   |   |   |   |
|------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 鴨川市  | 8 | 3 | 1 | 2 | 0 | 6 | 6 | 7 |
|      | 8 | 3 | 1 | 2 | 2 | 6 | 6 | 3 |
|      | 8 | 3 | 1 | 2 | 4 | 6 | 6 | 9 |
| 鋸南町  | 8 | 3 | 1 | 2 | 0 | 6 | 9 | 1 |
|      | 8 | 3 | 1 | 2 | 1 | 6 | 9 | 9 |
|      | 8 | 3 | 1 | 2 | 3 | 6 | 9 | 5 |
|      | 8 | 3 | 1 | 2 | 4 | 6 | 9 | 3 |
| 木更津市 | 8 | 3 | 1 | 2 | 0 | 7 | 6 | 6 |
|      | 8 | 3 | 1 | 2 | 1 | 7 | 6 | 4 |
|      | 8 | 3 | 1 | 2 | 4 | 7 | 6 | 8 |
| 君津市  | 8 | 3 | 1 | 2 | 0 | 7 | 7 | 4 |
|      | 8 | 3 | 1 | 2 | 2 | 7 | 7 | 0 |
|      | 8 | 3 | 1 | 2 | 4 | 7 | 7 | 6 |
| 富津市  | 8 | 3 | 1 | 2 | 0 | 7 | 8 | 2 |
|      | 8 | 3 | 1 | 2 | 1 | 7 | 8 | 0 |
|      | 8 | 3 | 1 | 2 | 4 | 7 | 8 | 4 |
| 袖ヶ浦市 | 8 | 3 | 1 | 2 | 0 | 7 | 9 | 0 |
|      | 8 | 3 | 1 | 2 | 1 | 7 | 9 | 8 |
|      | 8 | 3 | 1 | 2 | 4 | 7 | 9 | 2 |
| 市原市  | 8 | 3 | 1 | 2 | 0 | 8 | 0 | 8 |
|      | 8 | 3 | 1 | 2 | 1 | 8 | 0 | 6 |
|      | 8 | 3 | 1 | 2 | 2 | 8 | 0 | 4 |
|      | 8 | 3 | 1 | 2 | 4 | 8 | 0 | 0 |
| 南房総市 | 8 | 3 | 1 | 2 | 0 | 8 | 1 | 6 |
|      | 8 | 3 | 1 | 2 | 3 | 8 | 1 | 0 |
|      | 8 | 3 | 1 | 2 | 4 | 8 | 1 | 8 |
| いすみ市 | 8 | 3 | 1 | 2 | 0 | 8 | 2 | 4 |
|      | 8 | 3 | 1 | 2 | 2 | 8 | 2 | 0 |
|      | 8 | 3 | 1 | 2 | 4 | 8 | 2 | 6 |
| 香取市  | 8 | 3 | 1 | 2 | 0 | 8 | 3 | 2 |
|      | 8 | 3 | 1 | 2 | 1 | 8 | 3 | 0 |
|      | 8 | 3 | 1 | 2 | 4 | 8 | 3 | 4 |
| 匝瑳市  | 8 | 3 | 1 | 2 | 0 | 8 | 4 | 0 |
|      | 8 | 3 | 1 | 2 | 2 | 8 | 4 | 6 |
|      | 8 | 3 | 1 | 2 | 4 | 8 | 4 | 2 |
| 山武市  | 8 | 3 | 1 | 2 | 0 | 8 | 5 | 7 |
|      | 8 | 3 | 1 | 2 | 3 | 8 | 5 | 1 |
|      | 8 | 3 | 1 | 2 | 4 | 8 | 5 | 9 |
| 横芝光町 | 8 | 3 | 1 | 2 | 2 | 8 | 6 | 1 |
|      | 8 | 3 | 1 | 2 | 4 | 8 | 6 | 7 |

## 市条例で老人の年齢引下げを行っている市

(福祉医療 (老) ・法制番号「41」)

| 保険者名 | 実施者番号     | 対象者の要件                                                                     |
|------|-----------|----------------------------------------------------------------------------|
| 船橋市  | 41 120049 | 以下のうち、住民税非課税世帯に属する者<br>・ 満68歳、69歳<br>・ 満65歳以上の1人世帯<br>・ 満65歳以上で6カ月以上寝たきり状態 |

## 「特記事項」

| コード | 略号 | 内 容                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 01  | 公  | 医療保険単独の者及び後期高齢者医療単独の者に係る明細書で、「公費負担医療が行われる療養に係る高額療養費の支給について」（昭和48年10月30日付保発第42号、庁保発第26号）による公費負担医療が行われる療養に要する費用の額が、健康保険法施行令（大正15年勅令第243号）第42条及び高齢者医療確保法施行令（昭和57年政令第293号）第15条に規定する金額を超える場合                                                                                                                           |
| 02  | 長  | 以下のいずれかに該当する場合<br>① 高額長期疾病に係る特定疾病療養受療証を提出した患者の負担額が、健康保険法施行令第42条第9項第1号に規定する金額を超えた場合（ただし、患者が特定疾病療養受療証の提出を行った際に、既に同号に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除く。）<br>② 後期高齢者医療特定疾病療養受療証を提示した患者の負担額が、高齢者医療確保法施行令第15条第6項に規定する金額を超えた場合（ただし、患者が後期高齢者医療特定疾病療養受療証の提示を行った際に、既に同項に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除く。） |
| 03  | 長処 | 慢性腎不全に係る自己連続携行式腹膜灌流（CAPD）を行っている患者に対して、同一月内の投薬を院外処方せんのみにより行い、保険医療機関では当該患者の負担額を受領しない場合                                                                                                                                                                                                                              |
| 04  | 後保 | 公費負担医療のみの場合であって、請求点数を高齢者医療確保法の規定による医療の提供をする場合                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 07  | 老併 | 介護老人保健施設に入所中の患者の診療料を、併設保険医療機関において算定した場合（なお、同一月に同一患者につき、介護老人保健施設に入所中の診療と介護老人保健施設に入所中以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ別個の明細書に記載すること。）                                                                                                                                                                                            |
| 08  | 老健 | 介護老人保健施設に入所中の患者の診療料を、併設保険医療機関以外の保険医療機関において算定した場合（なお、同一月に同一患者につき、介護老人保健施設に入所中の診療と介護老人保健施設に入所中以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ別個の明細書に記載すること。）                                                                                                                                                                                   |
| 09  | 施  | 平成18年3月31日保医発第0331002号に規定する特別養護老人ホーム等に入所中の患者について診療報酬を算定した場合（なお、同一月に同一患者につき、特別養護老人ホーム等に赴き行った診療と、それ以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ明確に区分できるよう「摘要」欄に記載すること。）                                                                                                                                                                     |
| 10  | 第三 | 患者の疾病又は負傷が、第三者の不法行為（交通事故等）によって生じたと認められる場合                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 11  | 薬治 | 厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養（平成18年厚生労働省告示第495号）第1条第2号の規定に基づく薬事法に規定する治験（人体に直接使用される薬物に係るものに限る。）に係る診療報酬の請求である場合                                                                                                                                                                                                              |
| 12  | 器治 | 厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養第1条第3号の規定に基づく薬事法に規定する治験（機械器具等に係るものに限る。）に係る診療報酬の請求である場合                                                                                                                                                                                                                                        |

| コード | 略号 | 内 容                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 13  | 先進 | 地方厚生（支）局長に届け出て別に厚生労働大臣が定める先進医療を実施した場合（この場合にあつては、当該先進医療の名称及び当該先進医療について徴収した特別の料金の額を「摘要」欄の最上部に記載すること。）                                                                                                                                      |
| 14  | 制超 | 「診療報酬の算定方法」に規定する回数を超えて行った診療であつて「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」（平成18年厚生労働省告示第498号）の第7号の5に規定する診療（以下「制限回数を超えて行う診療」という。）に係る診療報酬の請求である場合（この場合にあつては、当該「制限回数を超えて行う診療」の名称、徴収した特別の料金及び回数を「摘要」欄へ記載すること。）                                               |
| 16  | 長2 | 高額長期疾病に係る特定疾病療養受療証を提出した患者の負担額が、健康保険法施行令第42条第9項第2号に規定する金額を超えた場合（ただし、患者が特定疾病療養受療証の提出を行った際に、既に同号に規定する金額を超えて受領している場合であつて、現物給付化することが困難な場合を除く。）                                                                                                |
| 17  | 上位 | 以下のいずれかに該当する場合<br>①「上位所得者の世帯」の限度額適用認定証が提示された場合<br>②「上位所得（70歳以上の場合は現役並み所得者）の世帯」の適用区分の記載のある特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾患医療受診券が提示された場合（特記事項「22」に該当する場合を除く。）                                                                                          |
| 18  | 一般 | 以下のいずれかに該当する場合<br>①「上位所得者の世帯」又は「低所得者の世帯」以外の限度額適用認定証が提示された場合<br>②「上位所得者の世帯」又は「低所得者の世帯」以外の適用区分の記載のある特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾患医療受診券が提示された場合（特記事項「23」に該当する場合を除く。）                                                                                 |
| 19  | 低所 | 以下のいずれかに該当する場合<br>①高齢受給者（後期高齢者医療の被保険者を含む。）以外で、「低所得者の世帯」の限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証が提示された場合<br>②「低所得者の世帯」の適用区分の記載のある特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾患医療受診券が提示された場合（特記事項「24」に該当する場合を除く。）                                                                |
| 20  | 二割 | 平成20年2月21日保発第0221003号の別紙「70歳代前半の被保険者等に係る一部負担金等の軽減特例措置実施要綱」の第2の4の特例措置対象被保険者等が、特例措置にかかわらず、自らが受けた療養に係る2（4）に規定する一部負担金等の一部に相当する額を自ら支払った場合                                                                                                     |
| 21  | 高半 | 月の初日以外の日に75歳に到達し後期高齢者医療の被保険者となったことにより被用者保険の被保険者でなくなった者の被扶養者であつた者又は月の初日以外の日に75歳に到達し後期高齢者医療の被保険者となったことにより国民健康保険組合の組合員でなくなった者の世帯に属する組合員以外の被保険者であつた者（いずれも市町村国保に加入することになる。）であつて、当該後期高齢者医療の被保険者が75歳に到達した月に療養を受けた者（以下「自己負担限度額特例対象被扶養者等」という。）の場合 |
| 22  | 多上 | 「上位所得者（70歳以上の場合は現役並み所得者）の世帯」の適用区分の記載のある特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾患医療受診券が提示された場合であつて、特定疾患治療研究事業又は小児慢性特定疾患治療研究事業に係る公費負担医療（入院に限る。）の自院における高額療養費の支給が直近12ヶ月間において4月目以上である場合（以下「特定疾患給付対象療養高額療養費多数回該当の場合」という。）                                           |
| 23  | 多一 | 「上位所得者の世帯」又は「低所得者の世帯」以外の適用区分の記載のある特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾患医療受診券が提示された場合であつて、特定疾患給付対象療養高額療養費多数回該当の場合                                                                                                                                          |
| 24  | 多低 | 「低所得者の世帯」の適用区分の記載のある特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾患医療受診券が提示された場合であつて、特定疾患給付対象療養高額療養費多数回該当の場合                                                                                                                                                        |
| 25  | 出産 | 平成21年5月29日保発第0529005号から第0529010号までにより定める「「出産育児一時金等の医療機関への直接支払制度」実施要項」に基づき、直接支払制度を利用する者の出産に係る診療報酬請求である場合                                                                                                                                  |

## 資料 7

## 光ディスク等を用いた費用の請求に関する届出

厚生労働大臣の定める方式に従って記録した厚生労働大臣の定める規格に適合する光ディスク等を用いた  
費用の請求を 開始 することに関し、「療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令」の  
変更 規定に基づき届け出ます。

平成 年 月 日

住所

(審査支払機関名) 御中

開設者

氏名

印

|                            |                        |  |     |  |  |         |       |                   |
|----------------------------|------------------------|--|-----|--|--|---------|-------|-------------------|
| 医療機関（薬局）コード                |                        |  |     |  |  |         | 点数表区分 | 医 科・D P C・歯 科・調 剤 |
| 保険医療機関（薬局）名                |                        |  |     |  |  |         | 電話番号  |                   |
| 保険医療機関（薬局）所在地              |                        |  |     |  |  |         | 郵便番号  |                   |
| プログラム名称                    |                        |  |     |  |  |         |       |                   |
| ソフトメーカー名<br>(プログラムの作成者の氏名) |                        |  |     |  |  |         |       |                   |
| 請求開始・変更年月                  | 平成 年 月請求分から            |  |     |  |  |         |       | ※ 受付印             |
| 電子媒体                       | F D                    |  | M O |  |  | C D - R |       |                   |
| 記録形式                       | M S - D O S / C S V 形式 |  |     |  |  |         |       |                   |
| 備考                         |                        |  |     |  |  |         |       |                   |

## 作成要領

- 1 この様式は、光ディスク等を用いた費用の請求を開始又は変更しようとするとき、保険医療機関（薬局）の所在する審査支払機関に医科、D P C、歯科及び調剤別に作成し提出する。
- 2 光ディスク等を用いた費用の請求を開始又は変更しようとするとき、その別を○で囲む。
- 3 「点数表区分」欄には、医科、D P C、歯科及び調剤の別を○で囲む。
- 4 「医療機関（薬局）コード」、「保険医療機関（薬局）名」、「電話番号」、「保険医療機関（薬局）所在地」及び「郵便番号」欄には、保険医療機関届で届け出た記載内容を記入する。
- 5 「プログラム名称」欄には、ソフトの名称及びシリーズ名を記入する。
- 6 「ソフトメーカー名」欄には、ソフトメーカー名又はプログラムの作成者の氏名を記入する。
- 7 「請求開始・変更年月」欄には、光ディスク等を用いた費用の請求を開始又は変更しようとするときに、当該診療（調剤）報酬の請求年月を記入する。
- 8 「電子媒体」欄には、記録する電子媒体を○で囲む。

平成 年 月 日

(審査支払機関名) 御中

住 所  
開設者  
氏 名光ディスク等を用いた費用の請求に係る確認試験依頼書

光ディスク等を用いた費用の請求を開始するにあたり、確認試験を受けたいので次のとおり依頼します。

|                            |                |       |         |
|----------------------------|----------------|-------|---------|
| 点 数 表 区 分                  | 医科・D P C・歯科・調剤 | 依頼回数  | 新 規・回 目 |
| 医療機関（薬局）コード                |                | 電話番号  |         |
| 保険医療機関（薬局）名                |                |       |         |
| 保険医療機関（薬局）所在地              | 〒              |       |         |
| プ ロ グ ラ ム 名 称              |                |       |         |
| ソフトメーカー名<br>(プログラムの作成者の氏名) |                |       |         |
| 電 子 媒 体                    | F D            | M O   | C D・R   |
| 見 込 件 数                    | 入 院 ・          | 入院外 ・ |         |
| 備 考                        |                |       |         |

## 《 作成要領 》

- 1 本依頼書は、保険医療機関（薬局）で作成する光ディスク等が厚生労働大臣の定めた記録条件仕様等に適合しているか事前に確認したい場合、保険医療機関（薬局）の所在する審査支払機関に医科、D P C、歯科及び調剤別に作成し提出する。
- 2 本依頼書の提出期日は確認試験を実施する月の前月 20 日までとする。
- 3 「点数表区分」欄には、医科、D P C、歯科及び調剤の別を○で囲む。
- 4 「依頼回数」欄には、新規又は何回目の確認試験依頼か記入する。
- 5 「医療機関（薬局）コード」、「電話番号」、「保険医療機関（薬局）名」及び「保険医療機関（薬局）所在地（郵便番号を含む。）」欄には、保険医療機関届で届け出た記載内容を記入する。
- 6 「プログラム名称」欄には、ソフトの名称及びシリーズ名を記入する。
- 7 「ソフトメーカー名」欄には、ソフトメーカー名又はプログラムの作成者の氏名を記入する。
- 8 「電子媒体」欄には、記録する電子媒体を○で囲む。
- 9 「見込件数」欄には、確認試験を受ける際の見込件数を記入する。

資料 9

電子情報処理組織の使用による費用の請求に関する届出

電子計算機を使用して厚生労働大臣の定める方式に従って電子情報処理組織の使用による費用の請求を（ 開始 ・ 変更 ）することに関し、「療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令」の規定に基づき届け出ます。

なお、審査支払機関のオンライン請求システム利用規約に同意します。

平成 年 月 日

住所

氏名



（審査支払機関名）

御中

開設者

|                                    |                |  |                                 |  |                                           |  |                          |                      |  |   |  |  |  |  |
|------------------------------------|----------------|--|---------------------------------|--|-------------------------------------------|--|--------------------------|----------------------|--|---|--|--|--|--|
| 医療機関（薬局）コード                        |                |  |                                 |  |                                           |  | 点 数 表 区 分                | 医科・D P C ・ 歯 科 ・ 調 剤 |  |   |  |  |  |  |
| 保険医療機関（薬局）名                        |                |  |                                 |  |                                           |  | 電 話 番 号                  |                      |  |   |  |  |  |  |
| 保険医療機関（薬局）所在地                      |                |  |                                 |  |                                           |  | 郵便番号                     |                      |  | — |  |  |  |  |
| レセコンのプログラム名称                       |                |  |                                 |  |                                           |  | 請求開始・変更年月                | 平成 年 月 請求分から         |  |   |  |  |  |  |
| レセコンのソフトメーカー名<br>（プログラムの作成者の氏名）    |                |  |                                 |  |                                           |  | パソコンの基本ソフト（OS）<br>・ ブラウザ |                      |  |   |  |  |  |  |
| オンライン請求システムに係る安全対策の規程（セキュリティ・ポリシー） | 有 ・ 無          |  |                                 |  |                                           |  |                          |                      |  |   |  |  |  |  |
| 電 気 通 信 回 線                        | I P - V P N 接続 |  | I S D N<br>ダイヤルアップ接続<br>( — — ) |  | インターネット接続<br>( I P s e c + I K E 提供事業者名 ) |  |                          | ※受付印                 |  |   |  |  |  |  |
| 確 認 試 験 の 実 施                      | 有 ・ 無          |  |                                 |  |                                           |  |                          |                      |  |   |  |  |  |  |
| 備 考                                |                |  |                                 |  |                                           |  |                          |                      |  |   |  |  |  |  |

## 作成要領

- 1 この様式は、保険医療機関等が電子情報処理組織の使用による費用の請求を開始又は使用しているプログラム等を変更する場合、審査支払機関に医科及び調剤別に作成し提出する。
- 2 電子情報処理組織の使用による費用の請求を開始又は変更しようとするとき、その別を○で囲む。
- 3 「点数表区分」欄には、医科、D P C、歯科及び調剤の別を○で囲む。
- 4 「医療機関（薬局）コード」、「保険医療機関（薬局）名」、「電話番号」、「保険医療機関（薬局）所在地」及び「郵便番号」欄には、保険医療機関届で届け出た記載内容を記入する。
- 5 「レセコンのプログラム名称」欄には、レセコンのソフトの名称及びシリーズ名を記入する。
- 6 「レセコンのソフトメーカー名」欄には、レセコンのソフトメーカー名又はプログラムの作成者の氏名を記入する。
- 7 「請求開始・変更年月」欄には、電子情報処理組織の使用による費用の請求を開始又は変更しようとするときに、当該診療（調剤）報酬の請求年月を記入する。
- 8 「パソコンの基本ソフト（O S）・ブラウザ」欄には、オンライン請求システムの送信機器の基本ソフト名及びブラウザ名を記入する。

### 《記載例》

O S：ウィンドウズ Vista      ブラウザ：インターネットエクスプローラ 7

- 9 「オンライン請求システムに係る安全対策の規程（セキュリティ・ポリシー）」欄には、安全対策の規程の有・無を○で囲む。
- 10 「電気通信回線」欄には、電気通信回線への接続方法が I P - V P N接続、ダイヤルアップ接続または、インターネット接続（IPsec+IKE）（IPsec（IETF(Internet Engineering Task Force)において標準とされた、IP(Internet Protocol)レベルの暗号化機能。認証や暗号のプロトコル、鍵交換のプロトコル、ヘッダー構造など複数のプロトコルの総称）と IKE（Internet Key Exchange；IPsec で用いるインターネット標準の鍵交換プロトコル）を組み合わせた接続に限る。）の別を○で囲む。

なお、ダイヤルアップ接続（I S D N）の場合は、専用電話番号を、インターネット接続（IPsec と IKE を組み合わせた接続に限る。）の場合は、提供事業者名を記入する。

- 11 「確認試験の実施」欄には、確認試験の有・無を○で囲む。

(審査支払機関名) 御中

住 所  
開設者  
氏 名



光ディスク等送付書

|             |                         |     |         |
|-------------|-------------------------|-----|---------|
| 医療機関（薬局）コード |                         |     |         |
| 医療機関（薬局）名称  |                         |     |         |
| 点 数 表 区 分   | 医 科 ・ D P C ・ 歯 科 ・ 調 剤 |     |         |
| 診療（調剤）月分    | 平成      年      月診療（調剤）分 |     |         |
| 提 出 年 月 日   | 平成      年      月      日 |     |         |
| 媒 体 種 類     | F D                     | M O | C D - R |
| 媒 体 枚 数     | 枚                       |     |         |
| 備 考         |                         |     |         |

※ 1 本送付書は、点数表区分別に作成すること。

※ 2 点数表区分及び媒体種類については、該当に○を付すこと。

|                                     |         |     |       |     |     |           |    |       |  |
|-------------------------------------|---------|-----|-------|-----|-----|-----------|----|-------|--|
| 医療機関<br>コード                         |         |     |       |     |     |           |    |       |  |
| 国民健康保険等診療報酬総括票（医・歯）                 |         |     |       |     |     |           |    |       |  |
| 保険医療機関の<br>所在地及び名称<br>電話番号<br>開設者氏名 |         |     |       |     |     |           |    |       |  |
| 平成 年 月分                             |         |     |       |     |     |           |    |       |  |
| 区分                                  |         |     | 療養の給付 |     |     | 食事療養・生活療養 |    |       |  |
|                                     |         |     | 総件数   | 総点数 | ※備考 | 件数        | 金額 | 標準負担額 |  |
| 請求                                  | 後期高齢者医療 | 入院  |       |     |     |           |    |       |  |
|                                     |         | 入院外 |       |     |     |           |    |       |  |
|                                     | 国保      | 入院  |       |     |     |           |    |       |  |
|                                     |         | 入院外 |       |     |     |           |    |       |  |
|                                     | 合       | 入院  |       |     |     |           |    |       |  |
|                                     |         | 入院外 |       |     |     |           |    |       |  |
| 計                                   |         |     |       |     |     |           |    |       |  |

|       |     |     |       |    |    |           |    |       |
|-------|-----|-----|-------|----|----|-----------|----|-------|
| 区分    |     |     | 療養の給付 |    |    | 食事療養・生活療養 |    |       |
|       |     |     | 件数    | 点数 | 備考 | 件数        | 金額 | 標準負担額 |
| ※審査状況 | 返戻  | 入院  |       |    |    |           |    |       |
|       |     | 入院外 |       |    |    |           |    |       |
|       | 増点  | 入院  |       |    |    |           |    |       |
|       |     | 入院外 |       |    |    |           |    |       |
|       | 減点  | 入院  |       |    |    |           |    |       |
|       |     | 入院外 |       |    |    |           |    |       |
|       | 誤算  | 入院  |       |    |    |           |    |       |
|       |     | 入院外 |       |    |    |           |    |       |
| ※決定   | 入院  |     |       |    |    |           |    |       |
|       | 入院外 |     |       |    |    |           |    |       |

※欄には記入しないで下さい。

|      |   |  |
|------|---|--|
| ※受付印 | 持 |  |
|      | 普 |  |
|      | 速 |  |
|      | 書 |  |

薬局コード

## 国民健康保険等調剤報酬総括票

保 険 薬 局 の  
所 在 地 及 び 名 称  
電 話 番 号  
開 設 者 氏 名

平成 年 月分

| 区 分    |         | 総 件 数 | 総 点 数 |
|--------|---------|-------|-------|
| 請<br>求 | 後期高齢者医療 |       |       |
|        | 国 保     |       |       |
|        | 合 計     |       |       |

※ 受付印

持 普 速 書

| 区 分                   |     | 件 数 | 点 数 |
|-----------------------|-----|-----|-----|
| ※<br>審<br>査<br>状<br>況 | 返 戻 |     |     |
|                       | 増 点 |     |     |
|                       | 減 点 |     |     |
|                       | 誤 算 |     |     |
| ※ 決 定                 |     |     |     |

総受付回数

回

※欄には記入しないで下さい。

平成    年    月 分    診 療 報 酬 請 求 書 (医科)

保 險 者  
(別            記) 殿

保 険 医 療 機 関 の  
所 在 地 及 び 名 称  
電 話 番 号  
開 設 者 氏 名

下記の通り請求する。  
平 成   年   月   日

| 保 険 者 番 号 |  |  |  |  | 県番号 | 医 療 機 関 コ ー ド |  |  |  |  |  |  |
|-----------|--|--|--|--|-----|---------------|--|--|--|--|--|--|
|           |  |  |  |  | 1   | 2             |  |  |  |  |  |  |

点数表別については、  
「医科＝1」  
「歯科＝3」  
になります。

印

| 点数表別 | 法定外給付 |   |    |
|------|-------|---|----|
| 1    | 8     | 9 | 10 |

請求書は、黄色です。

請 求 書 記 載 例

1、診療報酬請求書は、国民健康保険の「入院・入院外別」・「保険者別」に作成して下さい。

2、右上部の「法定外給付」欄は、法定外給付によって負担割合が異なる明細書を編綴する場合に、8割、9割、10割の該当する給付割合に○をつけてください。  
なお、請求書は法定外給付の割合ごとに、それぞれ別に作成してください。

3、「一般」欄は、国保一般分明細書の「保険」欄を70歳以上一般・低所得8割、上位所得者7割、被保険者、6歳（未就学者）に区分して請求欄に記載して下さい。

※「食事療養・生活療養」欄は、食事療養・生活療養に係る件数、回数、金額、標準負担額の合計を記載して下さい。  
※国保一般分の「長期高額」分は、「一般」欄のみに記載して下さい。

4、「退職者」欄は、退職者医療分明細書の「保険欄」を本人、被扶養者、6歳（未就学者）に区分して記載して下さい。  
※「食事療養・生活療養」欄は、食事療養・生活療養に係る件数、回数、金額、標準負担額の合計を記載して下さい。  
※退職者医療分の「長期高額」分は、「退職者」欄のみに記載して下さい。

| 区 分                        |     |     | 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<br>(公費分) |  |
| 公<br>費<br>負<br>担<br>医<br>療 |     | 請求  | 0         |       |     |       |                   |     |     |                |  |
|                            |     | ※決定 |           |       |     |       |                   |     |     |                |  |
|                            |     | 請求  | 0         |       |     |       |                   |     |     |                |  |
|                            |     | ※決定 |           |       |     |       |                   |     |     |                |  |
|                            |     | 請求  | 0         |       |     |       |                   |     |     |                |  |
|                            |     | ※決定 |           |       |     |       |                   |     |     |                |  |
|                            |     | 請求  | 0         |       |     |       |                   |     |     |                |  |
|                            |     | ※決定 |           |       |     |       |                   |     |     |                |  |
|                            | 請求  | 0   |           |       |     |       |                   |     |     |                |  |
|                            | ※決定 |     |           |       |     |       |                   |     |     |                |  |

5、「公費負担医療」欄は、法制番号ごとに公費該当分を合算して記載して下さい。

※公費分点数と保険点数が「同点数」の場合であっても、公費該当分を「点数」欄に記載して下さい。  
※「食事療養・生活療養」欄は、公費該当分の食事療養・生活療養に係る件数、回数、金額、標準負担額の合計を記載して下さい。  
※「公費負担医療」の「一部負担金」欄は、公費における負担金のみ記載して下さい。  
※国保一般又は退職者医療と公費2種類（三者併用）の請求分は、公費の法別番号ごとにそれぞれ記載して下さい。  
※公費負担医療が多く書ききれない場合は、請求書を2枚にして請求して下さい。

| 区 分                       |  | 返 戻 |    |     |       |     |       | 増 減 点 |     |       |     |       |
|---------------------------|--|-----|----|-----|-------|-----|-------|-------|-----|-------|-----|-------|
|                           |  | 件数  | 日数 | 点 数 | 一部負担金 | 食 事 | 標準負担額 | 増 点   | 減 点 | 一部負担金 | 食 事 | 標準負担額 |
| ※<br><br>審<br>査<br>状<br>況 |  |     |    |     |       |     |       |       |     |       |     |       |
|                           |  |     |    |     |       |     |       |       |     |       |     |       |
|                           |  |     |    |     |       |     |       |       |     |       |     |       |
|                           |  |     |    |     |       |     |       |       |     |       |     |       |
|                           |  |     |    |     |       |     |       |       |     |       |     |       |
|                           |  |     |    |     |       |     |       |       |     |       |     |       |
|                           |  |     |    |     |       |     |       |       |     |       |     |       |
|                           |  |     |    |     |       |     |       |       |     |       |     |       |
|                           |  |     |    |     |       |     |       |       |     |       |     |       |

※欄には記入しないで下さい。

|         |        |    |   |       |    |   |
|---------|--------|----|---|-------|----|---|
| ※ 高額療養費 | 一般被保険者 | 件数 |   | 退 職 者 | 件数 |   |
|         |        | 金額 | 円 |       | 金額 | 円 |

6、入院の請求書は一番下に黒ラインが入ります。



保 険 者  
(別 記) 殿

保 険 医 療 機 関 の  
所 在 地 及 び 名 称  
電 話 番 号  
開 設 者 氏 名

下記の通り請求する。  
平成 年 月 日

| 保 険 者 番 号 |  |  |  |  | 県番号 |   | 医 療 機 関 コ ー ド |  |  |  |  |  |
|-----------|--|--|--|--|-----|---|---------------|--|--|--|--|--|
|           |  |  |  |  | 1   | 2 |               |  |  |  |  |  |

点数表別については、  
「医科＝1」  
「歯科＝3」

印

| 点数表別 | 法定外給付 |   |    |
|------|-------|---|----|
| 1    | 8     | 9 | 10 |

様式第六

(入院外用)

| 入 院 外                           |             |               | 件 数 | 診療実日数 | 点 数 | 一部負担金 | 備 考 |
|---------------------------------|-------------|---------------|-----|-------|-----|-------|-----|
| 国<br>民<br>健<br>康<br>保<br>険<br>者 | 一<br>般      | 八割<br>請求 1    |     |       |     |       |     |
|                                 |             | ※決定           |     |       |     |       |     |
|                                 |             | 七割<br>請求 3    |     |       |     |       |     |
|                                 |             | ※決定           |     |       |     |       |     |
|                                 |             | 被保険者<br>請求 5  |     |       |     |       |     |
|                                 |             | ※決定           |     |       |     |       |     |
|                                 | 退<br>職<br>者 | (六歳)<br>請求 7  |     |       |     |       |     |
|                                 |             | ※決定           |     |       |     |       |     |
|                                 |             | 本人<br>請求 9    |     |       |     |       |     |
|                                 |             | ※決定           |     |       |     |       |     |
|                                 |             | 被扶養者<br>請求 15 |     |       |     |       |     |
|                                 |             | ※決定           |     |       |     |       |     |
|                                 |             | (六歳)<br>請求 17 |     |       |     |       |     |
|                                 |             | ※決定           |     |       |     |       |     |

| 区 分                        |  |      | 件 数 | 診療実日数 | 点 数 | 一部負担金 | 備 考 |
|----------------------------|--|------|-----|-------|-----|-------|-----|
| 公<br>費<br>負<br>担<br>医<br>療 |  | 請求 0 |     |       |     |       |     |
|                            |  | ※決定  |     |       |     |       |     |
|                            |  | 請求 0 |     |       |     |       |     |
|                            |  | ※決定  |     |       |     |       |     |
|                            |  | 請求 0 |     |       |     |       |     |
|                            |  | ※決定  |     |       |     |       |     |
|                            |  | 請求 0 |     |       |     |       |     |
|                            |  | ※決定  |     |       |     |       |     |
|                            |  | 請求 0 |     |       |     |       |     |
|                            |  | ※決定  |     |       |     |       |     |

| 区 分                   | 返 戻 |     |     |       | 増 減 点 |     |       |
|-----------------------|-----|-----|-----|-------|-------|-----|-------|
|                       | 件 数 | 日 数 | 点 数 | 一部負担金 | 増 点   | 減 点 | 一部負担金 |
| ※<br>審<br>査<br>状<br>況 |     |     |     |       |       |     |       |
|                       |     |     |     |       |       |     |       |
|                       |     |     |     |       |       |     |       |
|                       |     |     |     |       |       |     |       |
|                       |     |     |     |       |       |     |       |
|                       |     |     |     |       |       |     |       |
|                       |     |     |     |       |       |     |       |
|                       |     |     |     |       |       |     |       |

※ 欄には記入しないで下さい。

|         |        |          |  |   |       |          |  |   |
|---------|--------|----------|--|---|-------|----------|--|---|
| ※ 高額療養費 | 一般被保険者 | 件数<br>金額 |  | 円 | 退 職 者 | 件数<br>金額 |  | 円 |
|---------|--------|----------|--|---|-------|----------|--|---|

1、診療報酬請求書は、国民健康保険の「入院・入院外別」・「保険者別」に作成して下さい。

2、右上部の「法定外給付」欄は、法定外給付によって負担割合が異なる明細書を編綴する場合に、8割、9割、10割の該当する給付割合に○をつけてください。  
なお、請求書は法定外給付の割合ごとに、それぞれ別に作成してください。

3、「一般」欄は、国保一般分明細書の「保険」欄を70歳以上一般・低所得8割、上位所得者7割、被保険者、6歳（未就学者）に区分して請求欄に記載して下さい。  
※国保一般分の「長期高額」分は、「一般」欄のみに記載して下さい。

4、「退職者」欄は、退職者医療分明細書の「保険欄」を本人、被扶養者、6歳（未就学者）に区分して記載して下さい。  
※退職者医療分の「長期高額」分は、「退職者」欄のみに記載して下さい。

5、「公費負担医療」欄は、法制番号ごとに公費欄に記載のある明細書を合算して記載して下さい。  
※公費分点数と保険点数が「同点数」の場合であっても、公費該当分を「点数」欄に記載して下さい。  
※「公費負担医療」の「一部負担金」欄は、公費における負担金のみ記載して下さい。  
※国保一般又は退職者医療と公費2種類（三者併用）の請求分は、「公費負担医療」欄にそれぞれ記載して下さい。  
※公費負担医療が多く書ききれない場合は、請求書を2枚にして請求して下さい。

保 険 者  
(別 記) 殿

保 険 薬 局 の  
所在地及び名称  
電 話 番 号  
開 設 者 氏 名

印

下 記 の 通 り 請 求 す る 。  
平 成 年 月 日

|           |  |  |  |  |     |   |           |  |  |  |  |  |
|-----------|--|--|--|--|-----|---|-----------|--|--|--|--|--|
| 保 険 者 番 号 |  |  |  |  | 県番号 |   | 薬 局 コ ー ド |  |  |  |  |  |
|           |  |  |  |  | 1   | 2 |           |  |  |  |  |  |

|          |
|----------|
| 点数<br>表別 |
| 4        |

|       |   |    |
|-------|---|----|
| 法定外給付 |   |    |
| 8     | 9 | 10 |

| 調 剤                             |             |                        |     | 件 数 | 処方せん<br>受付回数 | 点 数 | 一部負担金 | 備 考 |
|---------------------------------|-------------|------------------------|-----|-----|--------------|-----|-------|-----|
| 国<br>民<br>健<br>康<br>保<br>険<br>者 | 一<br>般      | 70歳以上<br>一般・低所得<br>8 割 | 請求  | 1   |              |     |       |     |
|                                 |             |                        | ※決定 |     |              |     |       |     |
|                                 |             | 70歳以上<br>7 割           | 請求  | 3   |              |     |       |     |
|                                 |             |                        | ※決定 |     |              |     |       |     |
|                                 |             | 被保険者                   | 請求  | 5   |              |     |       |     |
|                                 |             |                        | ※決定 |     |              |     |       |     |
|                                 |             | 6 歳                    | 請求  | 7   |              |     |       |     |
|                                 |             |                        | ※決定 |     |              |     |       |     |
|                                 | 退<br>職<br>者 | 本 人                    | 請求  | 9   |              |     |       |     |
|                                 |             |                        | ※決定 |     |              |     |       |     |
|                                 |             | 被扶養者                   | 請求  | 15  |              |     |       |     |
|                                 |             |                        | ※決定 |     |              |     |       |     |
|                                 |             | 6 歳                    | 請求  | 17  |              |     |       |     |
|                                 |             |                        | ※決定 |     |              |     |       |     |

| 区 分                        |  |     | 件 数 | 処方せん<br>受付回数 | 点 数 | 一部負担金 | 備 考 |
|----------------------------|--|-----|-----|--------------|-----|-------|-----|
| 公<br>費<br>負<br>担<br>医<br>療 |  | 請求  | 0   |              |     |       |     |
|                            |  | ※決定 |     |              |     |       |     |
|                            |  | 請求  | 0   |              |     |       |     |
|                            |  | ※決定 |     |              |     |       |     |
|                            |  | 請求  | 0   |              |     |       |     |
|                            |  | ※決定 |     |              |     |       |     |
|                            |  | 請求  | 0   |              |     |       |     |
|                            |  | ※決定 |     |              |     |       |     |
|                            |  | 請求  | 0   |              |     |       |     |
|                            |  | ※決定 |     |              |     |       |     |
|                            |  | 請求  | 0   |              |     |       |     |
|                            |  | ※決定 |     |              |     |       |     |

| 区 分                   |  | 返 戻 |              |     |       | 増 減 点 |     |       |
|-----------------------|--|-----|--------------|-----|-------|-------|-----|-------|
|                       |  | 件 数 | 処方せん<br>受付回数 | 点 数 | 一部負担金 | 増 点   | 減 点 | 一部負担金 |
| ※<br>審<br>査<br>状<br>況 |  |     |              |     |       |       |     |       |
|                       |  |     |              |     |       |       |     |       |
|                       |  |     |              |     |       |       |     |       |
|                       |  |     |              |     |       |       |     |       |
|                       |  |     |              |     |       |       |     |       |
|                       |  |     |              |     |       |       |     |       |
|                       |  |     |              |     |       |       |     |       |

※欄には記入しないで下さい。

|         |        |    |   |       |    |   |
|---------|--------|----|---|-------|----|---|
| ※ 高額療養費 | 一般被保険者 | 件数 |   | 退 職 者 | 件数 |   |
|         |        | 金額 | 円 |       | 金額 | 円 |

請 求 書 記 載 例

1、調剤報酬請求書は、「保険者別」に作成して下さい。

2、右上部の「法定外給付」欄は、法定外給付によって負担割合が異なる明細書を編綴する場合に、8割、9割、10割の該当する給付割合に○をつけてください。  
なお、請求書は法定外給付の割合ごとに、それぞれ別に作成してください。

3、「一般」欄は、国保一般分明細書の「保険」欄を70歳以上一般・低所得8割、上位所得者7割、被保険者、6歳（未就学者）に区分して請求欄に記載して下さい。  
※国保一般分の「長期高額」分は、「一般」欄のみに記載して下さい。

4、「退職者」欄は、退職者医療分明細書の「保険欄」を本人、被扶養者、6歳（未就学者）に区分して記載して下さい。  
※退職者医療分の「長期高額」分は、「退職者」欄のみに記載して下さい。

5、「公費負担医療」欄は、法制番号ごとに公費欄に記載のある明細書を合算して記載して下さい。  
※公費分点数と保険点数が「同点数」の場合であっても、公費該当分を「点数」欄に記載して下さい。  
※「公費負担医療」の「一部負担金」欄は、公費における負担金のみ記載して下さい。  
※国保一般又は退職者医療と公費2種類（三者併用）の請求分は、「公費負担医療」欄にそれぞれ記載して下さい。  
※公費負担医療が多く書ききれない場合は、請求書を2枚にして請求して下さい。

平成      年      月分      診 療 報 酬 請 求 書 (医科)

保険医療機関の  
所在地及び名称  
電 話 番 号  
開 設 者 氏 名

各広域連合 殿  
下記のとおり請求する。  
平成      年      月      日

後期高齢者医療

|                       |   |  |  |     |   |         |  |  |  |  |  |  |  |          |   |
|-----------------------|---|--|--|-----|---|---------|--|--|--|--|--|--|--|----------|---|
| 後期高齢者医療広域連合<br>都道府県番号 |   |  |  | 県番号 |   | 医療機関コード |  |  |  |  |  |  |  | 点数<br>表別 |   |
| 3                     | 9 |  |  | 1   | 2 |         |  |  |  |  |  |  |  |          | 1 |

請求書は、黄色です。

請 求 書 記 載 例

様  
式  
第  
八

| 入 院              |        |       | 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 |
| 後<br>期<br>高<br>齢 | 九<br>割 | 請求 90 |           |       |     |       |           |     |     |       |
|                  |        | ※決定   |           |       |     |       |           |     |     |       |
|                  | 七<br>割 | 請求 92 |           |       |     |       |           |     |     |       |
|                  |        | ※決定   |           |       |     |       |           |     |     |       |

(入  
院  
用

- 1、「後期高齢者医療」欄は、後期高齢者医療分明細書の「保険欄」を9割、7割に区分して請求欄に記載して下さい。
- ※「食事療養・生活療養」欄は、食事療養・生活療養に係る件数、回数、金額、標準負担額の合計を記載して下さい。
- ※「長期高額」分は、「後期高齢者医療」欄のみに記載して下さい。

| 区 分                        |  |      | 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<br>(公費分) |
| 公<br>費<br>負<br>担<br>医<br>療 |  | 請求 0 |           |       |     |       |           |     |     |                |
|                            |  | ※決定  |           |       |     |       |           |     |     |                |
|                            |  | 請求 0 |           |       |     |       |           |     |     |                |
|                            |  | ※決定  |           |       |     |       |           |     |     |                |
|                            |  | 請求 0 |           |       |     |       |           |     |     |                |
|                            |  | ※決定  |           |       |     |       |           |     |     |                |
|                            |  | 請求 0 |           |       |     |       |           |     |     |                |
|                            |  | ※決定  |           |       |     |       |           |     |     |                |
|                            |  | 請求 0 |           |       |     |       |           |     |     |                |
|                            |  | ※決定  |           |       |     |       |           |     |     |                |
|                            |  | 請求 0 |           |       |     |       |           |     |     |                |
|                            |  | ※決定  |           |       |     |       |           |     |     |                |
|                            |  | 請求 0 |           |       |     |       |           |     |     |                |
|                            |  | ※決定  |           |       |     |       |           |     |     |                |
|                            |  | 請求 0 |           |       |     |       |           |     |     |                |
|                            |  | ※決定  |           |       |     |       |           |     |     |                |

- 2、「公費負担医療」欄は、法制番号ごとに公費欄に記載のある明細書を合算して記載して下さい。
- ※公費分点数と保険点数が「同点数」の場合であっても、公費該当分を「点数」欄に記載して下さい。
- ※「食事療養・生活療養」欄は、公費該当分の食事療養・生活療養に係る件数、回数、金額、標準負担額の合計を記載して下さい。
- ※「公費負担医療」の「一部負担金」欄は、公費における負担金のみ記載して下さい。
- ※後期高齢者医療と公費2種類（三者併用）の請求分は、「公費負担医療」欄にそれぞれ記載して下さい。
- ※公費負担医療が多く書ききれない場合は、請求書を2枚にして請求して下さい。

| 区 分                   | 返 戻 |    |     |       |     |       | 増 減 点 |     |       |     |       |
|-----------------------|-----|----|-----|-------|-----|-------|-------|-----|-------|-----|-------|
|                       | 件数  | 日数 | 点 数 | 一部負担金 | 食 事 | 標準負担額 | 増 点   | 減 点 | 一部負担金 | 食 事 | 標準負担額 |
| ※<br>審<br>査<br>状<br>況 |     |    |     |       |     |       |       |     |       |     |       |
|                       |     |    |     |       |     |       |       |     |       |     |       |
|                       |     |    |     |       |     |       |       |     |       |     |       |
|                       |     |    |     |       |     |       |       |     |       |     |       |
|                       |     |    |     |       |     |       |       |     |       |     |       |
|                       |     |    |     |       |     |       |       |     |       |     |       |
|                       |     |    |     |       |     |       |       |     |       |     |       |
|                       |     |    |     |       |     |       |       |     |       |     |       |

※欄には記入しないで下さい。

|        |    |   |
|--------|----|---|
| ※高額療養費 | 件数 |   |
|        | 金額 | 円 |

3、入院の請求書は一番下に黒ラインが入ります。



平成    年    月分    診 療 報 酬 請 求 書 (医科)

保険医療機関の  
所在地及び名称  
電 話 番 号  
開 設 者 氏 名

各広域連合 殿  
下記のとおり請求する。  
平成    年    月    日

後期高齢者医療  
印

|                       |  |   |  |     |  |         |  |   |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |   |  |
|-----------------------|--|---|--|-----|--|---------|--|---|--|--|--|--|--|--|--|----------|--|--|--|---|--|
| 後期高齢者医療広域連合<br>都道府県番号 |  |   |  | 県番号 |  | 医療機関コード |  |   |  |  |  |  |  |  |  | 点数<br>表別 |  |  |  |   |  |
| 3                     |  | 9 |  |     |  | 1       |  | 2 |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  | 1 |  |

| 入 院 外            |        |       | 療 養 の 給 付 |       |     |       | 備 考 |
|------------------|--------|-------|-----------|-------|-----|-------|-----|
|                  |        |       | 件 数       | 診療実日数 | 点 数 | 一部負担金 |     |
| 後<br>期<br>高<br>齢 | 九<br>割 | 請求 91 |           |       |     |       |     |
|                  |        | ※決定   |           |       |     |       |     |
|                  | 七<br>割 | 請求 93 |           |       |     |       |     |
|                  |        | ※決定   |           |       |     |       |     |

| 区 分                        |  |      | 療 養 の 給 付 |       |     |       | 備 考 |
|----------------------------|--|------|-----------|-------|-----|-------|-----|
|                            |  |      | 件 数       | 診療実日数 | 点 数 | 一部負担金 |     |
| 公<br>費<br>負<br>担<br>医<br>療 |  | 請求 0 |           |       |     |       |     |
|                            |  | ※決定  |           |       |     |       |     |
|                            |  | 請求 0 |           |       |     |       |     |
|                            |  | ※決定  |           |       |     |       |     |
|                            |  | 請求 0 |           |       |     |       |     |
|                            |  | ※決定  |           |       |     |       |     |
|                            |  | 請求 0 |           |       |     |       |     |
|                            |  | ※決定  |           |       |     |       |     |
|                            |  | 請求 0 |           |       |     |       |     |
|                            |  | ※決定  |           |       |     |       |     |
|                            |  | 請求 0 |           |       |     |       |     |
|                            |  | ※決定  |           |       |     |       |     |

| 区 分                   | 返 戻 |     |     |       | 増 減 点 |     |       |
|-----------------------|-----|-----|-----|-------|-------|-----|-------|
|                       | 件 数 | 日 数 | 点 数 | 一部負担金 | 増 点   | 減 点 | 一部負担金 |
| ※<br>審<br>査<br>状<br>況 |     |     |     |       |       |     |       |
|                       |     |     |     |       |       |     |       |
|                       |     |     |     |       |       |     |       |
|                       |     |     |     |       |       |     |       |
|                       |     |     |     |       |       |     |       |
|                       |     |     |     |       |       |     |       |
|                       |     |     |     |       |       |     |       |

※欄には記入しないで下さい。

|        |    |   |
|--------|----|---|
| ※高額療養費 | 件数 |   |
|        | 金額 | 円 |

請求書は、黄色です。

請 求 書 記 載 例

様  
式  
第  
八

（入  
院  
外  
用）

- 1、「後期高齢者医療」欄は、後期高齢者医療分明細書の「保険欄」を9割、7割に区分して請求欄に記載して下さい。
- ※「長期高額」分は、「後期高齢者医療」欄のみに記載して下さい。

- 2、「公費負担医療」欄は、法制番号ごとに公費欄に記載のある明細書を合算して記載して下さい。
- ※公費分点数と保険点数が「同点数」の場合であっても、公費該当分を「点数」欄に記載して下さい。
- ※「公費負担医療」の「一部負担金」欄は、公費における負担金のみ記載して下さい。
- ※後期高齢者医療と公費2種類（三者併用）の請求分は、「公費負担医療」欄にそれぞれ記載して下さい。
- ※公費負担医療が多く書ききれない場合は、請求書を2枚にして請求して下さい。

保 険 薬 局 の  
所在地及び名称  
電 話 番 号  
開 設 者 氏 名

印

各広域連合   殿  
  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<br>都道府県番号 |   |  |  | 県番号 |   | 薬局コード |  |  |  |  |  |  |  | 点数<br>表別 |
| 3                     | 9 |  |  | 1   | 2 |       |  |  |  |  |  |  |  | 4        |

|                  |        |       |     |              |          |       |          |  |  |
|------------------|--------|-------|-----|--------------|----------|-------|----------|--|--|
| 後期高齢者医療          |        |       |     |              |          |       |          |  |  |
| 調      剤         |        |       | 件 数 | 処方せん<br>受付回数 | 点      数 | 一部負担金 | 備      考 |  |  |
| 後<br>期<br>高<br>齢 | 九<br>割 | 請求 91 |     |              |          |       |          |  |  |
|                  |        | ※決定   |     |              |          |       |          |  |  |
|                  | 七<br>割 | 請求 93 |     |              |          |       |          |  |  |
|                  |        | ※決定   |     |              |          |       |          |  |  |

1、「後期高齢者医療」欄は、後期高齢者医療分明細書の「保険欄」を9割、7割に区分して請求欄に記載して下さい。

※「長期高額」分は、「後期高齢者医療」欄のみに記載して下さい。

| 公費負担医療                     |  |      |              |     |       |     |
|----------------------------|--|------|--------------|-----|-------|-----|
| 区 分                        |  | 件 数  | 処方せん<br>受付回数 | 点 数 | 一部負担金 | 備 考 |
| 公<br>費<br>負<br>担<br>医<br>療 |  | 請求 0 |              |     |       |     |
|                            |  | ※決定  |              |     |       |     |
|                            |  | 請求 0 |              |     |       |     |
|                            |  | ※決定  |              |     |       |     |
|                            |  | 請求 0 |              |     |       |     |
|                            |  | ※決定  |              |     |       |     |
|                            |  | 請求 0 |              |     |       |     |
|                            |  | ※決定  |              |     |       |     |
|                            |  | 請求 0 |              |     |       |     |
|                            |  | ※決定  |              |     |       |     |
|                            |  | 請求 0 |              |     |       |     |
|                            |  | ※決定  |              |     |       |     |
|                            |  | 請求 0 |              |     |       |     |
|                            |  | ※決定  |              |     |       |     |

2、「公費負担医療」欄は、法制番号ごとに公費欄に記載のある明細書を合算して記載して下さい。

※公費分点数と保険点数が「同点数」の場合であっても、公費該当分を「点数」欄に記載して下さい。

※「公費負担医療」の「一部負担金」欄は、公費における負担金のみ記載して下さい。

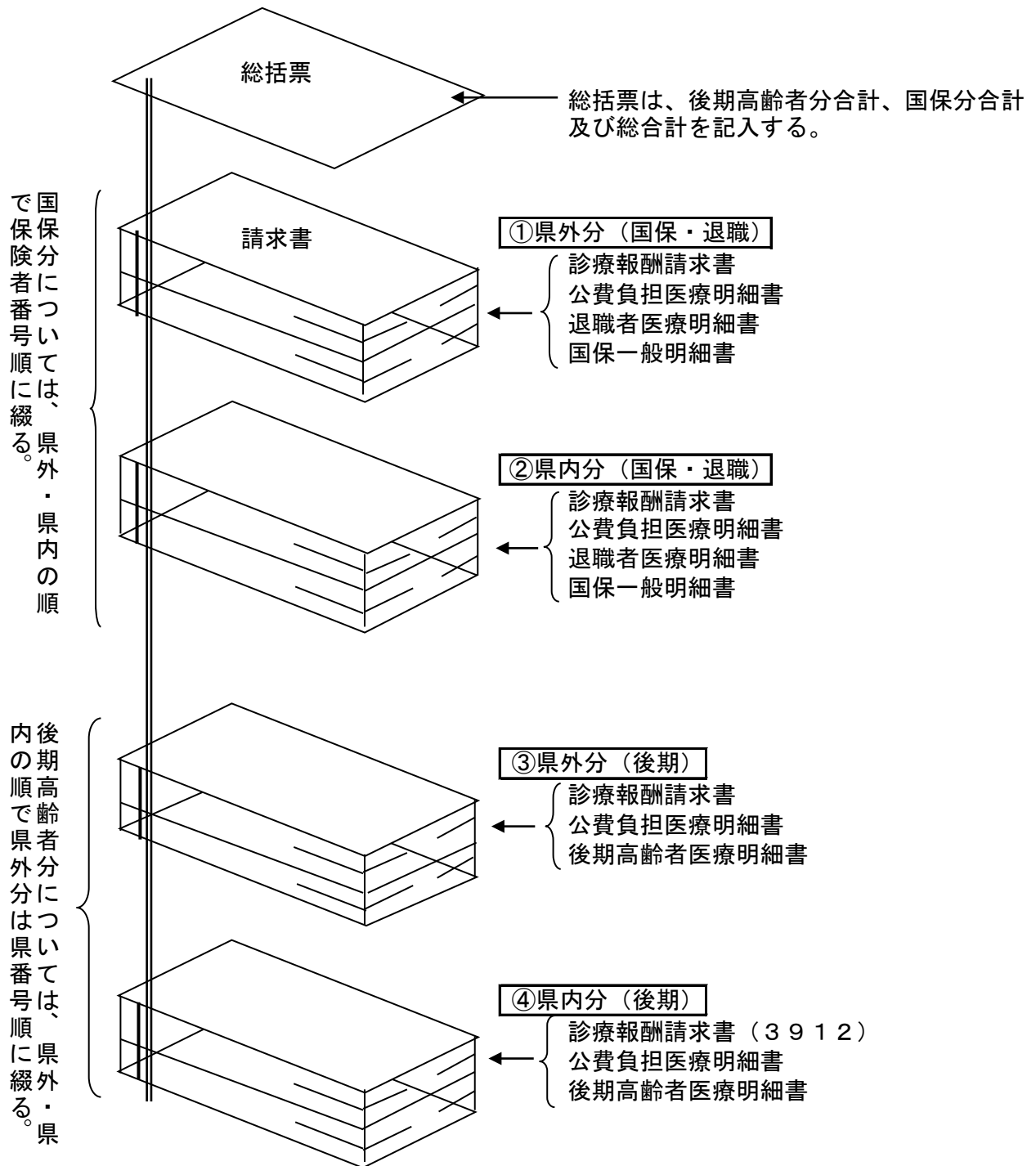
※後期高齢者医療と公費2種類（三者併用）の請求分は、「公費負担医療」欄にそれぞれ記載して下さい。

※公費負担医療が多く書ききれない場合は、請求書を2枚にして請求して下さい。

|                                       |          |              |          |       |                 |          |       |
|---------------------------------------|----------|--------------|----------|-------|-----------------|----------|-------|
| 区      分                              | 返      戻 |              |          |       | 増      減      点 |          |       |
|                                       | 件数       | 処方せん<br>受付回数 | 点      数 | 一部負担金 | 増      点        | 減      点 | 一部負担金 |
| ※<br><br>審<br><br>査<br><br>状<br><br>況 |          |              |          |       |                 |          |       |
|                                       |          |              |          |       |                 |          |       |
|                                       |          |              |          |       |                 |          |       |
|                                       |          |              |          |       |                 |          |       |
|                                       |          |              |          |       |                 |          |       |
|                                       |          |              |          |       |                 |          |       |
|                                       |          |              |          |       |                 |          |       |

※欄には記入しないで下さい。

|        |    |   |
|--------|----|---|
| ※高額療養費 | 件数 |   |
|        | 金額 | 円 |



※明細書の編綴順

- 退職者医療明細書の編綴方法は、上から「未就学者」「被扶養者」「本人」の順
- 国保単独明細書の編綴方法は、上から「未就学者」「70歳以上7割」「70歳以上8割」「被保険者」の順
- 後期高齢者医療明細書の編綴方法は、上から「7割」「9割」の順

◎被災者分については、通常分とは別に編綴して下さい。

ページ

| 診療<br>年月 | 受 付 番 号<br>レセプト番号 | 保険者番号等 | 区分 | 給付<br>区分 | 氏 名<br>カ ル テ 番 号 | 箇所 | 法別 | 増減点数（金額） | 事由 | 負担 | 請 求 内 容 | 負担 | 補 正 ・ 査 定 後 内 容 |
|----------|-------------------|--------|----|----------|------------------|----|----|----------|----|----|---------|----|-----------------|
|          |                   |        |    |          |                  |    |    |          |    |    |         |    |                 |
| 備考       |                   |        |    |          |                  |    |    |          |    |    |         |    |                 |

|   |   |       |   |   |            |  |
|---|---|-------|---|---|------------|--|
| 3 | 1 | 皮下筋肉内 | 9 | 0 | 入院基本料      |  |
| 3 | 2 | 静脈内   | 9 | 2 | 特定入院料・その他  |  |
| 3 | 3 | 注射その他 | 9 | 7 | 食事・生活療養    |  |
| 3 | 9 | 薬剤料減点 |   |   | 標準負担額      |  |
| 4 | 0 | 処置・薬剤 |   |   |            |  |
| 5 | 0 | 手術・薬剤 |   |   |            |  |
| 5 | 4 | 麻酔・薬剤 | 合 | 計 | (療養の給付 合計) |  |
| 6 | 0 | 検査・病理 | 食 | 事 | (食事療養 合計)  |  |
| 7 | 0 | 画像診断  | 集 | 計 | (集計誤り)     |  |
| 8 | 0 | その他   |   |   |            |  |

|    |                  |  |
|----|------------------|--|
| 90 | 入院基本料            |  |
| 92 | 特定入院料・その他        |  |
| 97 | 食事・生活療養<br>標準負担額 |  |
| 合計 | (療養の給付 合計)       |  |
| 食事 | (食事療養 合計)        |  |
| 集計 | (集計誤り)           |  |

1. 診療内容に関するもの

A. 適応と認められないもの

B. 過剰と認められるもの

C. 重複と認められるもの

D. 前各号の外不適当（疑義なものを含む。）又は不

2. 事務上に関するもの

- F. 固定点数が誤っているもの
- G. 請求点数の集計が誤っているもの
- H. 縦計計算が誤っているもの
- K. その他

（補正・査定受内容）  
 突合点検  
 調剤を実施した薬局に係る調剤レセプトとの照合  
 点検により補正・査定された内容  
 縦覧点検  
 複数月にわたるレセプトの通覧点検により補正・  
 査定された内容  
 入外点検  
 入院と入院外レセプトの通覧点検により補正・  
 査定された内容

|    |            |     |
|----|------------|-----|
| 県内 | 入院/食事・生活療養 | 入院外 |
| 全決 | 入院/食事・生活療養 | 入院外 |

|   |   |   |
|---|---|---|
| 医 | 歯 | 調 |
|---|---|---|

|             |  |
|-------------|--|
| 医療機関（薬局）コード |  |
|-------------|--|

年 月審査において、下記のとおり診療（調剤）報酬に増減がありましたので御連絡いたします。

千葉県国民健康保険団体連合会

| 診療<br>年月 | 保 險 者 名<br>(保険者番号) | 被保険者名 | 診療<br>科 | 給付<br>種別 | 国 保 一 般 |     | 退 職 者 |     |         |     | 後期高齢者医療 |     | 箇<br>所 | 事<br>由 | 摘 要 |  |
|----------|--------------------|-------|---------|----------|---------|-----|-------|-----|---------|-----|---------|-----|--------|--------|-----|--|
|          |                    |       |         |          |         |     | 本 人   |     | 被 扶 養 者 |     |         |     |        |        |     |  |
|          |                    |       |         |          | 増 点     | 減 点 | 増 点   | 減 点 | 増 点     | 減 点 | 増 点     | 減 点 |        |        |     |  |
|          |                    |       |         |          |         |     |       |     |         |     |         |     |        |        |     |  |
|          |                    |       |         |          |         |     |       |     |         |     |         |     |        |        |     |  |
|          |                    |       |         |          |         |     |       |     |         |     |         |     |        |        |     |  |
|          |                    |       |         |          |         |     |       |     |         |     |         |     |        |        |     |  |
|          |                    |       |         |          |         |     |       |     |         |     |         |     |        |        |     |  |
|          |                    |       |         |          |         |     |       |     |         |     |         |     |        |        |     |  |
|          |                    |       |         |          |         |     |       |     |         |     |         |     |        |        |     |  |
|          |                    |       |         |          |         |     |       |     |         |     |         |     |        |        |     |  |
|          |                    |       |         |          |         |     |       |     |         |     |         |     |        |        |     |  |
| 合 計 (小計) |                    |       | 件 数     |          |         |     |       |     |         |     |         | 合計  | 増      | 件      | 点   |  |
|          |                    |       | 点 数     |          |         |     |       |     |         |     | 減       |     | 件      | 点      |     |  |

| 表<br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

連  
絡  
事  
項

※食事・生活療養は、金額で表示しています。

診療（調剤）報酬明細書の取り下げ依頼書

千葉県国民健康保険団体連合会 様

請求者

医療機関コード

平成 年 月 日

保険医療機関の  
所在地及び名称  
開設者氏名  
電話番号

印

平成 年 月提出の下記診療報酬明細書の取り下げを依頼します。

記

|                  |        |      |                                          |
|------------------|--------|------|------------------------------------------|
| 診療月              | 平成 年 月 | 区分   | 医科・歯科・調剤<br>訪問看護                         |
| 保険者名             |        | 給付割合 | 本人・家族・未就学者<br>高齢受給者8割・7割<br>後期高齢者医療9割・7割 |
| 保険者番号            |        | 種別   | 国保単独・退職者<br>後期高齢者医療・公費併用                 |
| 被保険者証の<br>記号及び番号 |        | 入・外別 | 入院・入院外                                   |
| 被保険者氏名           |        | 請求点数 |                                          |
| 取り下げ理由           |        |      |                                          |

※ 磁気レセプトによる請求で、診療科を記録して提出された場合は、御記入下さい。

診療科

※ 公費負担者番号受給者番号を御記入ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|     |          |     |  |
|-----|----------|-----|--|
| 返却日 | 平成 年 月 日 | 扱者印 |  |
|-----|----------|-----|--|

再審査請求書

年 月 日

千葉県国民健康保険団体連合会理事長 様

請求者

医療機関コード

保険医療機関等の

所在地及び名称

開設者 氏名

印

年 月審査の決定について、下記の理由により再度の考案を請求いたします。

記

1. 診療（調剤）報酬明細書の主要事項

|                        |              |               |                   |       |              |
|------------------------|--------------|---------------|-------------------|-------|--------------|
| 被 保 険 者 氏 名            |              | 生 年 月 日       |                   | 診 療 月 | 入院・入院外       |
|                        |              | 明・大・昭・平 年 月 日 |                   | 年 月   | 処方箋交付<br>有・無 |
| 医 療 種 別                | 国 保・退 職・後期高齢 |               | 請 求 点 数           | 点     |              |
| 保 険 者 番 号              |              |               | 被保険者証の<br>記 号・番 号 |       |              |
| 後 期 高 齢 者<br>保 険 者 番 号 |              |               | 被保険者証の<br>番 号     |       |              |
| 公費負担者番号                |              |               | 受 給 者 番 号         |       |              |

2. 再審査請求理由

|         |  |
|---------|--|
| 査定内容    |  |
|         |  |
| 再審査請求理由 |  |
|         |  |

- 備考
- (1) 明細書は、本会が保険者・広域連合から取り寄せます。
  - (2) 再審査請求に必要な関係資料がある場合は、添付して下さい。
  - (3) この請求書は、明細書1件ごとに作成して下さい。

診療（調剤）報酬等振込通知書の見方について

1. 右記、例　平成25年5月審査分とは、通常4月診療で、5月10日までに提出された分です。
2. 【医療種別】欄について  
振込通知書の裏面を御参照ください。県外の表示は、保険者が県外（東京都・埼玉県等）分です。  
国保一般＝25　退職者医療＝67　後期高齢者医療＝39　高額者医療＝61  
上記以外は、公費負担医療です。
3. 【給付割合】欄について  
振込通知書の裏面を御参照ください。　　　＊食事・生活療養の給付割合は空白です。
4. 【特　殊】欄について  
振込通知書の裏面を御参照ください。
5. 【件数・日数（回数）】欄について　〔単位　件・日（回）〕  
上段は件数、下段は日数（調剤報酬については受付回数）の決定を表示します。
6. 【控除点数・点数（費用額）】欄について　〔単位　点・点（円）〕  
上段・控除点数は、結核予防法「10」及び障害者自立支援法5条（精神通院医療）「21」等の控除  
点数が発生する場合に表示し、下段・点数は、療養の給付で決定した点数、費用額は食事・生活療  
養で決定された基準額をそれぞれ表示します。  
＊公費の食事・生活療養及び公費＋老人は空白です。（件数、日数（回数）、金額のみ表示）
7. 【薬剤一部負担金・一部負担金】欄について　〔単位　円・円〕  
上段は薬剤一部負担金(平成16年4月1日廃止)、下段は一部負担金の決定を表示します。  
一部負担金欄は、明細書に記載されている額の決定又は、老人保健と併用の場合の公費負担額です。  
また、食事・生活療養の場合は、標準負担額の決定を表示します。
8. 【過誤調整額】欄について　〔単位　円〕  
過去に決定・支払済みの明細書について、過誤等が生じたため、今回決定・支払分から相殺してい  
ます。内訳については、別添「保険医療機関等過誤精算書」のとおりです。
9. 【端数整理額】欄について　〔単位　円〕  
1円未満の端数を整理します。
10. 【金　額】欄について　〔単位　円〕  
金額の算出方法は、（決定点数－控除点数）×給付割合（±）一部負担金で、保険による支払金額  
です。　※1. 各段の金額計から、小計の8【過誤調整額】と9【端数整理額】を差し引いた額が、  
医療種別（法制番号）毎の支払確定額となります。
11. 【合　計】欄について  
＊

|        |         |         |
|--------|---------|---------|
| 件数     | 控除点数    | 薬剤一部負担金 |
| 日数(回数) | 点数(費用額) | 一部負担金   |

　医療種別「25」「67」「39」の小計を積  
み上げた合計です。（食事・生活療養は除く）  
＊金額　　食事・生活療養・公費の支払分を含み、法別毎小計【金額】欄の積み上げです。  
＊食事・生活療養の決定がある医療機関は再掲で表示します。←
12. 【支払確定額】欄について　〔単位　円〕  
小計の【金額】欄が、医療種別（法制番号）毎の支払確定額となり、それを積み上げた金額を表示  
し、銀行振込の額となります。
13. 【振込金融機関名】  
保険医療機関等より指定された金融機関名を表示します。
14. 【その他】  
＊この振込通知書は、所得税申告の際必要となりますので、大切に保管してください。  
＊年間支払総額（1月診療～12月診療分）は、翌年の1月審査分の振込通知書の左下欄外に記載し  
てお知らせいたします。  
＊支払日について、電送及び電子レセプトによる請求届出をされた保険医療機関等は原則請求月の  
翌月20日、その他の保険医療機関等は原則25日となり、左下欄外に表示されます。

医科・施設  
歯科・訪問  
調剤

診療（調剤）報酬等振込通知書

平成25年5月審査分

医科

| 医療種別<br>(法別番号)                       | 入院外<br>食事・生活 | 給付割合 | 特<br>殊 | 件数<br>日数(回数) | 控除点数<br>点数(費用額)<br>点 | 薬剤一部負担金<br>一部負担金<br>円     | 過誤調整額<br>円   | 端数整理額<br>円 | 金　額<br>円         |
|--------------------------------------|--------------|------|--------|--------------|----------------------|---------------------------|--------------|------------|------------------|
| 2 1                                  | 入院外          | 6    |        | 1<br>2       | 501                  | 501                       |              |            | 1,002            |
| 小　計                                  |              |      |        |              |                      |                           |              |            | 1,002            |
| 2 5                                  | 入院           | 3    |        | 1<br>31      | 35,000               |                           |              |            | 315,000          |
| 2 5                                  | 食事           |      |        | 2<br>10      | 38,000               | 15,200                    |              |            | 22,800           |
| 2 5                                  | 入院外          | 7    |        | 10<br>20     | 17,000               |                           |              |            | 119,000          |
| 小　計                                  |              |      |        | 11<br>51     | 52,000               |                           | -4,800       |            | 452,000          |
| 5 1                                  | 入院外          | 6    |        | 1<br>1       | 300                  |                           |              |            | 900              |
| 小　計                                  |              |      |        |              |                      |                           |              |            | 900              |
| 6 7                                  | 入院           | 7    |        | 1<br>5       | 5,000                |                           |              |            | 35,000           |
| 6 7                                  | 食事           |      |        | 1<br>5       | 9,500                | 3,800                     |              |            | 5,700            |
| 小　計                                  |              |      |        | 1<br>5       | 5,000                |                           | -200         |            | 40,500           |
| 8 3 社国                               | 入院外          | 8    |        | 1<br>1       | 662                  | 200                       |              |            | 1,124            |
| 小　計                                  |              |      |        |              |                      |                           |              |            | 1,124            |
| 国保老人                                 |              |      |        | 12<br>56     | 57,000               |                           | -5,000       |            | 495,526          |
| 3 9 後期                               | 入院外          | 3    |        | 1<br>1       | 432                  |                           |              |            | 3,888            |
| 3 9 後期                               | 入院外          | 7    |        | 4<br>11      | 4,235                |                           |              |            | 29,645           |
| 小　計                                  |              |      |        | 5<br>12      | 4,667                |                           |              |            | 33,533           |
| 後期高齢                                 |              |      |        | 5<br>12      | 4,667                |                           |              |            | 33,533           |
| 食事・生活計<br>金額再掲                       |              |      |        | 3<br>15      | 47,500               | 19,000                    |              |            | 28,500           |
| 合　計                                  |              |      |        | 18<br>68     | 104,500              |                           | -5,000       |            | 529,059          |
| 医療機関コード<br>(1 2 - 1 - 1 2 3 4 5 6 7) |              |      |        |              |                      | 銀行・金庫名<br>振込金融機関名         | 支・店・名<br>イナゲ |            | 支払確定額<br>529,059 |
| 平成25年6月　日                            |              |      |        |              |                      | 上記のとおり診療報酬を振込みますのでご通知します。 |              |            |                  |

|       |         |
|-------|---------|
| 点数表   | 振込説明文   |
| 医科(1) | 診療報酬    |
| 歯科(3) | 診療報酬    |
| 調剤(4) | 調剤報酬    |
| 施設(5) | 保険施設療養費 |
| 訪問(6) | 訪問看護療養費 |

|           |     |
|-----------|-----|
| コード名称     | 点数表 |
| 医療機関コード   | 1   |
| 医療機関コード   | 3   |
| 薬局コード     | 4   |
| 施設コード     | 5   |
| ステーションコード | 6   |

診療（調剤）報酬等振込通知書コードの説明

（裏）

2. 給付割合欄

| コード | 説明              | コード | 説明              |
|-----|-----------------|-----|-----------------|
| 0   | 1 0 割給付         | 5   | 公費 5 割給付        |
| 2   | 乳児 1 0 割給付      | 6   | 公費 3 割給付        |
| 3   | 9 割給付（公費 1 割給付） | 7   | 7 割給付           |
| 4   | 高額療養費           | 8   | 8 割給付（公費 2 割給付） |

3. 特殊欄

| コード | 説明              |
|-----|-----------------|
| 1   | 結精負担残 1 0 割     |
| 7   | 高額療養費負担限度額（改正前） |
| 9   | 金額の特殊計算         |

4. 合計欄の件数、日数、点数は 2 5、6 7、3 9 の合計です。  
また、医療種別欄の小計は、過誤調整額があった場合その  
金額を控除した額が金額となります。

1. 医療種別（法制番号）欄

| コード | 説明                         |
|-----|----------------------------|
| 1 0 | 感染症予防・医療法（第37条の2）結核患者の適正医療 |
| 1 1 | 感染症予防・医療法（第37条）結核患者の入院     |
| 1 3 | 戦傷病者特別援護法（第10条）療養の給付       |
| 1 4 | 戦傷病者特別援護法（第20条）更生医療        |
| 1 5 | 障害者総合支援法（第5条）更生医療          |
| 1 6 | 障害者総合支援法（第5条）育成医療          |
| 1 7 | 児童福祉法（第20条）療育の給付           |
| 1 8 | 原爆被爆者援護法（第10条）認定疾病医療       |
| 1 9 | 原爆被爆者援護法（第18条）一般疾病医療費      |
| 2 0 | 精神保健・精神障害者福祉法（第29条）措置入院    |
| 2 1 | 障害者総合支援法（第5条）精神通院医療        |
| 2 2 | 麻薬及び向精神薬取締法（第58条の8）入院措置    |
| 2 3 | 母子保健法（第20条）養育医療            |
| 2 4 | 障害者総合支援法（第70条・第71条）療養介護医療  |
| 2 5 | 国民健康保険法                    |
| 2 7 | 老人保健法                      |
| 2 8 | 感染症予防・医療法（第37条）一類感染症等患者の入院 |
| 2 9 | 感染症予防・医療法（第37条）新感染症患者の入院   |
| 3 8 | 肝炎治療特別促進事業に係る医療の給付         |
| 3 9 | 後期高齢者医療                    |
| 4 1 | 福祉医療（老）（老人の年齢引き下げ分）        |
| 5 1 | 特定疾患治療費等                   |
| 5 2 | 児童福祉法（第21条の5）小児慢性特定疾患      |
| 5 3 | 児童福祉法の措置等に係る医療の給付          |
| 6 1 | 高額療養費                      |
| 6 2 | 特定B型肝炎ウイルス感染者給付金等          |
| 6 6 | 石綿医療（第4条）                  |
| 6 7 | 退職者医療（本人・被扶養者）             |
| 7 9 | 児童福祉法による肢体不自由児通所医療等        |
| 8 3 | 子ども医療                      |
| 9 9 | 指定公費負担医療                   |
| 県外  | 全国決済分                      |

千葉県国民健康保険団体連合会事務局組織表（平成25年4月現在）

住 所 〒 263-0016 千葉市稲毛区天台6丁目4番3号

資料 18

（電話 市外局番 043）

|       |                                           |
|-------|-------------------------------------------|
| FAX番号 | 043-254-0048（1F）管理課・医科第一課・業務課             |
|       | 043-207-9861（2F）医科第二課・医科第三課・歯科課           |
|       | 043-254-7401（3F）総務財務課・事業課・企画情報課・介護保険課・出納室 |
|       | 043-254-7632（増築棟2F）損害賠償求償事務班              |

