

事 務 連 絡  
令和 4 年 7 月 4 日

各保険医療機関  
各保険薬局 様

滋賀県国民健康保険団体連合会

診療（調剤）報酬請求書の様式変更について

平素は、診療（調剤）報酬請求事務に関しまして、格別のご理解とご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、診療（調剤）報酬請求書については、令和 4 年 3 月 25 日付 厚生労働省告示第 86 号にて、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第七条第三項の規定に基づき厚生労働大臣が定める様式（以下「省令で定められた様式」という。）の改正がありました。

つきましては、現在省令で定められた様式を例として、本会にて様式全体の見直しを行い、別添のとおり変更させていただきますので、ご対応方よろしくご願ひ申し上げます。

なお、現行様式につきましても、当分の間ご使用いただけることを申し添えます。

また、変更後の様式につきましては、本会ホームページ「保険医療機関等・施術所の皆様へ」、「各種様式について」に掲載しております。

（国民健康保険：クリーム色、後期高齢者医療：さくら色は現行どおり）

記

ホームページアドレス <http://www.shigakokuho.or.jp/>

【 担 当 】

審査課

TEL：077-522-4382（直通）

FAX：077-522-4392

令和 年 月 分

診療報酬請求書(医科 入院外)

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

下記のとおり請求する。

保険者番号				

県番号
25

医療機関コード

令和 年 月 日

		療 養 の 給 付				備 考
		件 数	診 療 実 日 数	点 数	一 部 負 担 金	
国 民 健 康 保 険 者	一般被保険者 (70歳以上一般・低所得)	請 求 91	件	日	点	円
		※ 決 定				
	一般被保険者 (70歳以上7割)	請 求 81				
		※ 決 定				
	一般被保険者	請 求 71				
		※ 決 定				
	一般被保険者 (6歳)	請 求 31				
		※ 決 定				
	退 職 者	本 人	請 求 851			
			※ 決 定			
	被扶養者	請 求 771				
		※ 決 定				
6 歳	請 求 371					
	※ 決 定					
公 費 負 担 医 療	福 祉	請 求 401	件	日	点	円
		※ 決 定				
		請 求				
		※ 決 定				
		請 求				
		※ 決 定				
		請 求				
		※ 決 定				
		請 求				
		※ 決 定				

様式第六 (二)

備考 1. この用紙は、A列4版クリーム色上質紙(55kg)とし黒刷りしてください。  
 2. ※印の欄は、記入しないでください。  
 3. 福祉医療については、公費負担医療の福祉欄(請求401)に再掲し、福祉医療分を合計の上、記載してください。

令和 年 月 分

# 後期高齢者医療診療報酬請求書(医科・歯科)

( ) 後期高齢者医療広域連合 殿 保険医療機関の  
 所在地及び名称  
 電話番号  
 開設者氏名

下記のとおり請求する。

令和 年 月 日

県番号  
25

医療機関コード

後期高齢者医療

				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
後期高齢者 (一般・低所得)	請求	入院	1	件	日	点	円	件	回	円	円
		入院外	2								
	※決定	入院	1								
		入院外	2								
後期高齢者 (七割)	請求	入院	1								
		入院外	2								
	※決定	入院	1								
		入院外	2								

様式第八

公費負担医療	請求	入院	1	件	日	点	円	件	回	円	円
		入院外	2								
	※決定	入院	1								
		入院外	2								
	請求	入院	1								
		入院外	2								
	※決定	入院	1								
		入院外	2								
	請求	入院	1								
		入院外	2								
	※決定	入院	1								
		入院外	2								

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

令和 年 月分

診療報酬請求書(医科・歯科 入院・入院外併用)

保険者

( 別 記 ) 殿

下記のとおり請求する。

保険医療機関の  
所在地及び名称  
電話番号  
開設者氏名

保険者番号				

県番号
25

医療機関コード

令和 年 月 日

		療 養 の 給 付				食 事 療 養 ・ 生 活 療 養					
		件 数	診 療 実 日 数	点 数	一 部 負 担 金	件 数	回 数	金 額	標 準 負 担 額		
国	請求	92 入院	件	日	点	円	件	回	円	円	
		91 入院外									
	※決定	入院									
		入院外									
	民	請求	82 入院								
			81 入院外								
※決定		入院									
		入院外									
健		請求	72 入院								
			71 入院外								
	※決定	入院									
		入院外									
	康	請求	32 入院								
			31 入院外								
※決定		入院									
		入院外									
保		請求	852 入院								
			851 入院外								
	※決定	入院									
		入院外									
	険	請求	772 入院								
			771 入院外								
※決定		入院									
		入院外									
		請求	372 入院								
			371 入院外								
	※決定	入院									
		入院外									

様式第六

保 険 者 番 号				

県番号
25

医 療 機 関 コ ー ド

		療 養 の 給 付				食 事 療 養 ・ 生 活 療 養				
		件 数	診 療 実 日 数	点 数	一 部 負 担 金	件 数	回 数	金 額	標準負担額(公費分)	
公 社 費 負 担 医 療	請 求	402 入 院	件	日	点	円	件	回	円	円
		401 入 院 外								
	※ 決 定	入 院								
		入 院 外								
	請 求	入 院								
		入 院 外								
	※ 決 定	入 院								
		入 院 外								
	請 求	入 院								
		入 院 外								
	※ 決 定	入 院								
		入 院 外								
請 求	入 院									
	入 院 外									
※ 決 定	入 院									
	入 院 外									

備 考
-----

- 備考 1. この用紙は、A列4版クリーム色上質紙(55kg)とし黒刷りしてください。
2. ※印の欄は記入しないでください。
3. 請求欄は入院、入院外別に区分して集計してください。
4. 福祉医療については、公費負担医療の福祉欄に再掲し、福祉医療分を入院・入院外別に合計の上、記載してください。