

# 国民健康保険診療（調剤） 報酬等請求の手引き

平成15年6月



### 兵庫県国民健康保険団体連合会「会章」

「会章」は、あらゆる生活活動を通して、すべての人々が豊かな心を持ち、ふれあいを深めることが保健と医療と福祉の発展の原点であり、人を基調として保健・医療・福祉の「和」の広がりを視覚表現しています。

(平成5年2月15日制定)

## 国民健康保険診療報酬等の請求について（お願い）

平素は、当国保連合会の業務運営につきまして格別の御理解、御協力を賜り厚くお礼申し上げます。

診療報酬等の請求に当たっては、医科、歯科、調剤報酬の各点数表及び指定訪問看護の費用額算定表をはじめとする省令及び告示等に基づいて算定され、「診療報酬請求書等の記載要領等について」（昭和 51 年保険発 82 号）等により、国保連合会に請求していただいているところです。

この「国民健康保険診療（調剤）報酬等請求の手引き」は、国保連合会への請求に関して必要な各種届出、兵庫県独自の請求関係様式作成上の留意点、審査結果及び支払額の通知方法等について取りまとめたものです。

国保連合会への診療報酬等請求実務を担当される皆様に御活用いただければ幸いです。

今後も、正確な診療報酬等の請求について、御理解、御協力を賜りますようお願いいたします。

### 1 算定に関する省令、告示等について

- ・ 健康保険法の規定による療養に要する費用の額の算定方法（平成 6 年厚生省告示第 54 号）
- ・ 老人保健法の規定による医療に要する費用の額の算定に関する基準（平成 6 年厚生省告示第 72 号）
- ・ 訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法（平成 6 年厚生省告示第 296 号）
- ・ 老人訪問看護療養費に係る指定老人訪問看護の費用の額の算定に関する基準（平成 4 年厚生省告示第 29 号）
- ・ 療養の給付、老人医療及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和 51 年厚生省令第 36 号）
- ・ 老人訪問看護療養費、訪問看護療養費等の請求に関する省令（平成 4 年厚生省令第 5 号）
- ・ 保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和 32 年厚生省令第 15 号）
- ・ 使用薬剤の購入価格（薬価基準）（平成 14 年厚生省告示第 87 号）
- ・ 入院時食事療養費に係る食事療養の費用の額の算定に関する基準（平成 6 年厚生省告示第 237 号）

### 2 請求書等の記載要領について

- ・ 診療報酬請求書等の記載要領等について（昭和 51 年保険発 82 号）
- ・ 老人訪問看護療養費、訪問看護療養費請求書等の記載要領について（平成 9 年老健 15 号・保険発 9 号）

# 目 次

## 1 請求に関する事務手続き

- (1) 「保険医療機関等の請求及び受領に関する届」の届出…………… 1
- (2) コンピュータによる明細書作成の届出…………… 3

## 2 請求関係様式作成上の留意点

- (1) 請求書、明細書等の提出期限…………… 7
- (2) 総括票作成上の留意点…………… 7
- (3) 請求書作成上の留意点…………… 12
- (4) 明細書作成上の留意点…………… 18
- (5) 特別療養費明細書作成上の留意点…………… 25
- (6) 福祉医療費請求書（社保用）作成上の留意点…………… 25
- (7) 高額療養費支払資金貸付制度…………… 28
- (8) 編綴方法…………… 30
- (9) その他の留意点…………… 31

## 3 レセプト電算処理システムによる請求

- (1) 届出…………… 32
- (2) 参加手続き等…………… 32
- (3) 様式等…………… 32
- (4) レセプト電算処理システム説明会資料抜粋（平成 14 年度版医科）…………… 37



## 4 審査支払

(1) 診療報酬審査委員会	44
(2) 増減点返戻通知書等	44
(3) 保険者再審査	46
(4) 保険医療機関等からの再審査請求	48
(5) 診療報酬等の支払い	55
(6) 過誤調整	58

## 5 その他

(1) 兵庫県国民健康保険・保険者等一覧表	60
(2) 診療報酬等受付場所	62
(3) 照会先の担当窓口及び電話番号	63

! この冊子の中では次の字句を以下のとおり表すこととします。

- ・ 保険医療機関等… 保険医療機関、保険薬局、訪問看護ステーションの総称
- ・ 診療報酬等……… 医科・歯科診療報酬、調剤報酬、(老人)訪問看護療養費の総称

## 1 請求に関する事務手続き

### (1) 「保険医療機関等の請求及び受領に関する届」の届出

#### ア 「保険医療機関等の請求及び受領に関する届」の提出

新規指定（新設）の保険医療機関等については、診療報酬等の振込先確認のため「保険医療機関等の請求及び受領に関する届」を社会保険事務局の指定を受けたその月の国保連合会が別途通知する日までに提出してください（郵送可）。

また、届出事項に変更が生じた場合は、担当係（電算課請求支払係、次ページ下に連絡先記載）へ連絡してください。用紙を送付いたします。

#### イ 「保険医療機関等の請求及び受領に関する届」記載上の注意点

※ 該当する箇所・フリガナはすべて記載してください。

(ア) 「開設者住所」欄は、法人であるときはその名称及び主たる事務所の所在地、個人であるときは開設者の住民票の住所を記載してください。

(イ) 「開設者氏名、請求者、管理者」の各欄は、個人の場合は氏名を、個人以外の場合は該当者の職名・氏名を記載してください。

なお、「管理者」欄は、管理者が開設者、請求者と同一でない場合に記載してください。

(ウ) 「機関コード番号」欄は、社会保険事務局から指定された保険医療機関等の機関コード番号を記載してください。

(エ) 「表別、種別」欄は該当の箇所を○で囲んでください。

なお、病院、診療所の区分は調剤・訪看については記載の必要はありません。

(オ) 「指定」欄は、社会保険事務局から指定された開設時の年月日を記載してください。

(カ) 「診療科目」欄は主たるものから順次右へ例のように記載してください。

なお、調剤・訪看については記載の必要はありません。

(例) 内、外、小

(キ) 「請求書に使用する印鑑」欄は、請求書等に押印する印鑑を押印してください。この印鑑は、浸透印（シャチハタ等）以外を使用してください。

(ク) 「機関名」欄は、社会保険事務局で承認された保険医療機関等の名称を記載してください。

(ケ) 「受領者名（口座名義）、振込銀行」欄は、国保連合会から診療報酬等の振込を希望される口座の受領者名（口座名義）、銀行の本・支店名及び番号、該当口座番号を銀行への届出どおり記載してください。

(コ) 「旧機関コード番号」欄は、個人から法人、移転、親子相続等による新設の場合、記載してください。

ウ 保険医療機関等の請求及び受領に関する届

(様式電10)

保険医療機関等の請求及び受領に関する届

平成 年 月 日

兵庫県国民健康保険団体連合会 様

開設者 住所

(ア)

氏名

(イ)

印

診療報酬等の請求及び受領に関し、下記のとおり記入・捺印のうえ届出いたします。

機関コード番号	(ウ)	表別	1. 医科 3. 歯科 4. 調剤	請求書に使用する印鑑	(キ) 印
		種別	6. 訪問 (エ) 国立・私立・大学・法大・個人 病院・診療所		
指定	年(オ)月 日	診療科目	(カ)		
フリガナ 機関名	(ク)			T E L	( ) - ( ) - ( ) -
フリガナ 郵便番号					
所在地				<b>様式見本</b> この様式は日本工業規格B列5番です。	
フリガナ 請求者	(イ)	フリガナ 管理者	(イ)		
フリガナ (口座名義)		銀行名	振込	銀行名	銀行金組
		支店名	銀行	本店	支店
		口座番号		普通	当座
				別段	
届出理由(該当の番号及び項目に○をつけて下さい)		変更年月日又は 変更診療月		旧機関コード番号	
1 新設(新たに保険医療機関番号の設定を受けた者)		年 月 日		( ) ( ) ( )	
2 変更		年 月 日		※摘要	
機関名・開設者名・所在地		年 月 日			
請求書に使用する印鑑		( ) 月診療分から			
振込銀行(口座名義・口座番号含む)		( ) 月支払分から			
3 その他		年 月 日			
( )					

※記入上の注意については裏面を参照してください。

担当係 業務管理部電算課請求支払係

TEL (078) 332-9532



(2) コンピュータによる明細書作成の届出

ア 届出

明細書をコンピュータ処理で作成し請求する場合は、審査委員会会長あて申請の手続きを行ってください。

なお、新規指定の場合は、保険医療機関等の指定を受け次第手続きをお願いします。

イ 様式等

コンピュータによるレセプト提出について

- 届出方法
  - ・ 届出は、兵庫県国民健康保険診療報酬審査委員会会長あてに保険医療機関等单位で行ってください。
- 届出書類
  - ・ これまで承認を受けていない使用ソフト、使用機種の場合 {使用ソフト、使用機種が同一の納入業者（保険医療機関等に直接販売し、ソフト管理、修理、点検等を行う業者、以下同じ）が異なる場合も含む。} 別紙1のとおり（次ページ）
  - ・ これまで承認を受けている使用ソフト、使用機種の場合 別紙2のとおり（次々ページ）
- 届出日
  - ・ 提出月の2か月前の10日まで
- その他
  - ・ 申請区分の新規開業・新規導入・変更（業者・ソフト・機種・字体）の表示をしてください。
  - ・ 国保連合会より連絡があった場合は速やかに対応し、間違いがあれば、すぐに対応してください。
  - ・ 入力データの変更、追加、点数表及び薬価基準等の改正時、レセプト様式等の改正時には、届出書類の別紙1の方法に従い該当資料を提出してください。（納入業者より使用ソフト、使用機種ごとに、保険医療機関等別一覧表を添えて一括提出も可）
- 担当係
  - ・ 兵庫県国民健康保険団体連合会 業務管理部管理課管理係  
TEL (078) 332-5633 FAX (078) 332-9534

\* 保険医療機関等所在地の郵便番号（7桁）は必ず記載してください。

- これまで承認を受けていない使用ソフト、使用機種の場合  
(使用ソフト、使用機種が同一の納入業者が異なる場合も含む。)

## 届出書類

## 1 申請書

- ・ 別紙申請書に必要事項を記載し、提出してください。
- ・ 開設者氏名・印については、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等の管理者の氏名・印であっても差し支えありません。

## 2 レセプト打ち出し見本

## (1) レセプト様式は A4 版・省令様式

自己印刷（保険医療機関等別、納入業者別ともに）される場合は、校正の前に国保連合会の点検を受け、確認後印刷してください。

## (2) レセプトの種類は、老健、退職者（本人・家族）、公費・福祉併用で一部負担金の打ち出しのあるもの、単独の 5 種類のレセプトのそれぞれ入院（入所等を含む）及び外来（調剤等含む）

## (3) レセプトの内容（打ち出し見本）

診療月	導入月以後の月
機関コード	機関ごとに指定されたもの (未定の場合は 7 桁数字を打ち出してください。)
公費負担者番号	実在する兵庫県内の公費負担者番号
受給者番号	架空の 7 桁数字
保険者番号	実在する兵庫県内の保険者番号
被保険者証番号	架空の 7 桁数字(兵庫県内保険者は原則被保険者証番号 7 桁)
氏名・性別・生年	架空
機関の所在地・名称	社会保険事務局に届け出たもの
傷病名以下	当該保険医療機関等で考えられる診療内容で、項目をできるだけ広範囲に打ち出してください。

## 3 マスタ（点数・薬価）

- ・ 申請時には不要ですが、国保連合会から要請があった場合は、速やかに申請の保険医療機関等分だけでなく、使用ソフト全部を紙面に打ち出したものを提出してください。



## ○ これまで承認を受けている使用ソフト、使用機種の場合

## 届出書類

## 1 申請書

- ・ 別紙申請書に必要事項を記載し、提出してください。
- ・ 開設者氏名・印については、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、保険医療機関等の管理者の氏名・印であっても差し支えありません。

## 2 レセプト打ち出し見本

## (1) レセプト様式は A4 版・省令様式

自己印刷（保険医療機関等別、納入業者別ともに）される場合は、校正の前に国保連合会の点検を受け、確認後印刷してください。

## (2) レセプトの種類は、老健、公費・福祉併用で一部負担金の打ち出しのあるもの、単独の 3 種類のレセプトで申請する保険医療機関等で使用するもの。

## (3) レセプトの内容（打ち出し見本）

診療月	導入月以後の月
機関コード	機関ごとに指定されたもの (未定の場合は 7 桁数字を打ち出してください。)
公費負担者番号	実在する兵庫県内の公費負担者番号
受給者番号	架空の 7 桁数字
保険者番号	実在する兵庫県内の保険者番号
被保険者証番号	架空の 7 桁数字（兵庫県内保険者は原則被保険者証番号 7 桁）
氏名・性別・生年	架空
機関の所在地・名称	社会保険事務局に届け出たもの
傷病名以下	当該保険医療機関等で考えられる診療内容で、項目をできるだけ広範囲に打ち出してください。

## 3 マスタ（点数・薬価）

- ・ 国保連合会から連絡があれば提出してください。

申請書

平成 年 月 日

兵庫県国民健康保険診療報酬審査委員会会長 様

保険医療機関等

コード番号

所在地 〒

名 称

開設者（管理者）氏名

印

電話番号

コンピュータレセプトの提出について

この度、下記要領でコンピュータによりレセプトを作成し提出しますので、お届けします。

記

提出予定月 平成 年 月提出（平成 年 月診療（調剤）分）

提出予定件数

使用ソフト

使用機種

納入業者 所在地 〒

名 称

電話番号

担当者名

添付資料（1） レセプト打ち出し見本

（2）

手書きの部分

申請区分（いずれかに○）

新規開業

新規導入

変更（業者・機種等）

## 2 請求関係様式作成上の留意点

### (1) 請求書、明細書等の提出期限

保険医療機関等から国保連合会あて請求される請求書、明細書等の提出期日は毎月10日の午後5時まで（毎月10日のみ、土日、休日の場合も事務所を開所し、受け付けております。）にお願いいたします。

また、毎月8日（平日のみ）を提出協力日としていますので御協力をお願いいたします。

○が開所日です。	土曜日	日曜日
例 1	10	11 閉所
例 2	9 閉所	10

### (2) 総括票作成上の留意点

#### ア 留意点

#### (ア) 「綴じ穴」について

用紙左上に綴じ穴を開けてください。

※ 左上の隅より右へ12mm、下へ12mmの位置を中心に半径2mmの穴をあけて、綴じ穴としてください。

#### (イ) 「年 月分」欄について

診療年月を記載してください。

#### (ウ) 「医療機関コード番号」、「薬局コード番号」又は「(老人)訪問看護ステーションコード」欄について

指定された保険医療機関等の機関コード番号を記載してください。

#### (エ) 「表別」欄について

該当する表別の数字に○印をつけてください。

※ 医科は①、歯科は③、調剤は④、訪看は⑥

#### (オ) 「診療科名」欄について

標榜する科目を記載してください。

複数の科目を標榜する場合は、主たる診療科を左端に、その他の診療科を順次右へ記載してください。

※ 調剤、訪看は、記載不要です。

#### (カ) 「所在地」、「機関名」及び「開設者名」欄について

指定申請の際に社会保険事務局に届け出た所在地、機関名又は(老人)訪問看護ステーション名、開設者氏名を記載してください。

「TEL」欄は、連絡先電話番号を記載してください。

(キ) 「請求」欄について

「件数」は請求件数を、医科・歯科・調剤の「点数」は請求点数を、訪看の「金額」欄は請求金額を、下記の(ク)～(サ)に留意の上、記載してください。

(ク) 「県内分」欄について

県内又は県内扱いとする保険者分(総括票の下表に記載されている保険者)を集計し、記載してください。

医科・歯科の「入院」「入院外」欄は、入院・入院外別に集計し、記載してください。

※ 全国土木建築国保組合と全国建設工事業国保組合は「県内分」に集計してください。

(ケ) 「県外分」欄について

県外保険者分(総括票の下表に記載されていない保険者)を集計し、記載してください。

医科・歯科の「入院」「入院外」欄は、入院・入院外別に集計し、記載してください。

(コ) 「計」欄について

「県内分」と「県外分」を集計し、記載してください。

(サ) 「請求書枚数」欄について

→ 請求書(クリーム色)の枚数を「県内分」、「県外分」、「計」の別に記載してください。

(シ) 「社保福祉医療費請求件数」欄について(医科・歯科・調剤のみ)

福祉医療費請求書(社保用)に記載した請求件数を集計し、記載してください。

(ス) 「摘要(県外保険者名)」欄について

a 「県外分」の請求がある場合、この欄に保険者名を記載してください。

(例) ◇◇府◇◇市、△△県△△郡△△町

b 特別療養費がある場合は、「特別療養費○件」と記載してください。

c 調剤については、社保・国保、県内分・県外分に係る処方せん受付回数をすべて集計し、「受付○回」と記載してください。



イ 総括票  
(医科、歯科、調剤総括票)

○(ア)  
(様式番3)

年(イ)月分 国民健康保険診療報酬総括票

医療機関 コード番号	(ウ)	表別	1	3(エ)	診療科名	(オ)
所在地	〒					
機関名	(カ)	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <b>様式見本</b>                      この様式は日本工業規格A列4番です。                 </div>				病院 診療所 医 クリニック 薬局
開設者名						⑩
TEL	( )					
請求 区分	入院	件数	点数	請求書枚数	社保福祉医療費 請求件数	(シ)
	入院外	(ク)		(サ)	整理番号	
	入院	(ケ)				
	入院外					
	計	(コ)				

(注) 太線(——)の中のみ記入してください。

請求欄は県内分(県内又は県内扱いとする保険者分)と県外分(下記以外の保険者分)に分けて記入してください。

- (県内又は県内扱いとする保険者名)
- |      |     |    |    |     |     |     |     |     |     |     |     |
|------|-----|----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| (市部) | 神戸  | 姫路 | 尼崎 | 明石  | 西宮  | 洲本  | 芦屋  | 伊丹  | 相生  | 豊岡  | 加古川 |
| (郡部) | 龍野  | 赤穂 | 西脇 | 宝塚  | 三木  | 高砂  | 川西  | 小野  | 三田  | 加西  | 篠山  |
|      | 猪名川 | 吉川 | 社  | 滝野  | 東条  | 中   | 加美  | 八千代 | 黒田庄 | 稲美  | 播磨  |
|      | 家島  | 夢前 | 神崎 | 市川  | 香寺  | 福崎  | 大河内 | 新宮  | 太子  | 揖保川 | 津御  |
|      | 上郡  | 佐用 | 上月 | 南光  | 三日月 | 山崎  | 安富  | 穴一宮 | 波賀  | 千種  | 城崎  |
|      | 竹野  | 香住 | 日高 | 出石  | 但東  | 村岡  | 浜坂  | 美方  | 温泉  | 八鹿  | 養父  |
|      | 大屋  | 関宮 | 生野 | 和田山 | 山東  | 朝来  | 柏原  | 氷上  | 青垣  | 春日  | 山南  |
|      | 市島  | 津名 | 東浦 | 淡路  | 北淡  | 津一宮 | 五色  | 緑   | 西淡  | 三原  | 南淡  |
- (組合) 兵庫食糧 明石浦 中央卸売 兵庫県食品 兵庫県歯科医師 兵庫県医師 兵庫県薬剤師 兵庫県建設  
全国土木建築 全国建設工事業

審査印	受付印	事務				摘要(県外保険者名)
		上	内	外	負	
		公	決	突	検	
		係名				
——係				(ス)		



(調剤総括票)

○ (様式審3) 年 月分 国民健康保険調剤報酬総括票

薬局 コード番号		表別	④ 調				
所在地	〒						
機関名	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="font-size: 24px; margin: 0;">様式見本</p> <p style="font-size: 12px; margin: 0;">この様式は日本工業規格 A 列 4 番です。</p> </div>					薬局	
開設者名	TEL ( )						⑨
請求	区分	件数	点数	数	請求書枚数	社保福祉医療費 請求件数	番号
	県内分					整理番	
	県外分					号	
計							

(注) 太線 (—) の中のみ記入してください。

請求欄は県内分 (県内又は県内扱いとする保険者分) と県外分 (下記以外の保険者分) に分けて記入してください。

(県内又は県内扱いとする保険者名)

- |      |     |    |    |     |    |    |     |     |     |    |     |
|------|-----|----|----|-----|----|----|-----|-----|-----|----|-----|
| (市部) | 神戸  | 姫路 | 尼崎 | 明石  | 西宮 | 洲本 | 芦屋  | 伊丹  | 相生  | 豊岡 | 加古川 |
| (郡部) | 龍野  | 赤穂 | 西脇 | 宝塚  | 三木 | 高砂 | 川西  | 小野  | 三田  | 加西 | 篠山  |
|      | 猪名川 | 吉川 | 社  | 滝野  | 東条 | 中  | 加美  | 八千代 | 黒田庄 | 稲保 | 御津  |
|      | 家島  | 夢前 | 神崎 | 市川  | 香寺 | 福崎 | 大河内 | 新宮  | 太賀  | 千種 | 津崎  |
|      | 上郡  | 佐用 | 上月 | 南光  | 三日 | 山崎 | 安富  | 美方  | 温泉  | 八鹿 | 養父  |
|      | 竹野  | 香住 | 日高 | 出石  | 但東 | 村岡 | 浜坂  | 氷上  | 青垣  | 春日 | 山南  |
|      | 大屋  | 関宮 | 生野 | 和田山 | 山北 | 朝津 | 柏原  | 五色  | 西   | 三原 | 淡   |
|      | 市島  | 津名 | 東浦 | 淡路  |    |    |     |     |     |    |     |

- (組合) 兵庫食糧 明石浦 中央卸売 兵庫県食品 兵庫県歯科医師 兵庫県医師 兵庫県薬剤師 兵庫県建設  
 全国土木建築 全国建設工事業

審査印	受付印	事務				摘要 (県外保険者名)
		上	内	外	負	
		公	決	突	検	
		係 名				
— 係				受付	回	

((老人) 訪看総括票)

○ (様式審3) 年 月 分 (老人) 訪問看護療養費総括票

(老人) 訪問看護 ステーションコード		表別	⑥ 訪看			
所在地	〒					
(老人) 訪問看護 ステーション名	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 0 auto; width: 80%;"> <p style="font-size: 24px; font-weight: bold; text-align: center;">様 式 見 本</p> <p style="text-align: center;">この様式は日本工業規格 A 列 4 番です。</p> </div>					
開設者名	TEL ( )					(印)
	区 分	件 数	金 額	請求書枚数	整 理 番 号	
請 求	県 内 分					
	県 外 分					
	計					

(注) 太線 (——) の中のみ記入してください。

請求欄は県内分 (県内又は県内扱いとする保険者分) と県外分 (下記以外の保険者分) に分けて記入してください。

(県内又は県内扱いとする保険者名)

(市部)	神 戸	姫 路	尼 崎	明 石	西 宮	洲 本	芦 屋	伊 丹	相 生	豊 岡	加 古
(郡部)	龍 野	赤 穂	西 脇	宝 塚	三 木	高 砂	川 西	小 野	三 田	加 西	古 川
	猪 名	吉 川	社 神	滝 野	東 條	中 福	加 美	八 千	黒 田	福 美	山 磨
	家 島	夢 前	神 崎	市 川	香 寺	福 崎	大 河	新 宮	太 子	保 川	津 崎
	上 郡	佐 用	上 月	南 光	三 日	山 崎	安 富	六 一	波 賀	千 種	城 崎
	竹 野	香 住	日 高	出 石	但 東	村 岡	浜 坂	美 方	温 泉	八 鹿	養 父
	大 屋	関 宮	生 野	和 田	山 東	朝 来	柏 原	米 上	青 垣	春 日	山 南
	市 島	津 名	東 浦	淡 路	北 淡	津 一	宮 五	色 緑	西 淡	三 原	淡 南
(組合)	兵庫食糧 全国土木建築	明石浦 全国建設工事業	中央卸売	兵庫県食品	兵庫県歯科医師	兵庫県医師	兵庫県薬剤師	兵庫県建設			

審査印	受付印	事 務	摘 要 (県外保険者名)			
		上 内 外 負				
		公 決 突 検				
		係 名				
		— 係				

(3) 請求書作成上の留意点

ア 留意点

(ア) 「綴じ穴」について

用紙左上に綴じ穴を開けてください。

※ 左上の隅より右へ12mm、下へ12mmの位置を中心に半径2mmの穴をあけて、綴じ穴としてください。

(イ) 「平成 年 月分」欄について

診療年月を記載してください。

(ウ) 「保険者」欄について

保険者名を記載してください。

また、同一保険者で、在総診、在医総を算定した明細書がある場合は、それ以外の明細書と分けて請求書を作成してください。

(エ) 「平成 年 月 日」欄について

当該請求書を提出する年月日を記載してください。

(オ) 「保険者番号」欄について

保険者番号を記載してください。

神戸市は、代表番号(284000)を記載してください。

(カ) 「医療機関コード」、「薬局コード」又は「ステーションコード」欄について

指定された保険医療機関等の機関コード番号を記載してください。

(キ) 「保険医療機関等の所在地及び名称、開設者氏名」欄について

指定申請の際に社会保険事務局に届け出た所在地及び名称、開設者氏名を記載してください。

(ク) 「印」について

国保連合会に届け出た印鑑を使用してください。(「保険医療機関等の請求及び受領に関する届」で届け出た印鑑)

(ケ) 「療養の給付」欄について

国民健康保険(一般・退職)、老人保健とも、請求区分別に公費(福祉)併用分と単独分の「件数」「診療実日数」「点数」「一部負担金」を集計し、記載してください。

※ 入院の一部負担金欄については、(特)等の公費、(老)、(乳)、老人保健、高齢受給者(一般・退職)に係る明細書に記載の一部負担金を集計し、該当区分欄に記載してください。

※ 外来の一部負担金欄については、(特)等の公費、(老)、(乳)、老人保健(在総診及び在医総を算定の場合)、高齢受給者(一般・退職で在医総を算定の場合)に係る明細書に記載の一部負担金を集計し、該当区分欄に記載してください。



(コ) 「食事療養費」欄について

国民健康保険（一般・退職）、老人保健とも、請求区分別に公費（福祉）併用分と単独分の「件数」「日数」「金額」「標準負担額」を集計し、記載してください。

(サ) 「請求合計」欄について

国民健康保険（一般・退職）と老人保健の「療養の給付」「食事療養費」欄を集計し、記載してください。

(シ) 「件 円」欄について

老人保健と原爆医療若しくは特定疾患の併用分を請求する場合は、この欄に(原)若しくは(特)と記載し、該当件数及び金額（明細書の一部負担金欄に記載した金額）を再掲で記載してください（金額は省略しても差し支えありません）。

※ 調剤報酬請求書は「件数」「処方せん受付回数」「点数」「一部負担金」欄を記載してください。

※ 老人訪問看護療養費・訪問看護療養費請求書は「件数」「日数」「金額」「結核・精神各法負担金額」欄を記載してください。

○ 平成 15 年 4 月請求省令の一部改正に伴う請求関係の取扱いについて

(原則) 平成 14 年 9 月診療以前分は、旧々様式を使用することとします。

平成 15 年 3 月診療以前分は旧様式を、平成 15 年 4 月診療以降分は新様式を使用することとします。(訪看除く)

ただし、下記取扱いによる請求も差し支えないものとします。

1 診療報酬請求書(医科、歯科)、調剤報酬請求書(調剤)

(1) 旧様式については、当分の間、使用することができます。

(2) 新様式の使用時期については、特に定めません。

(3) 平成 14 年 9 月診療以前分は別請求書(旧々様式)にしてください。

なお、平成 14 年 9 月診療以前分は、給付割合別に作成してください。

(4) 平成 15 年 5 月請求以降、旧様式を使用する場合(取り繕い使用)は、平成 15 年 3 月診療以前分(平成 14 年 9 月診療以前分は除く)と平成 15 年 4 月診療以降分の明細書が混在しても差し支えありません。

(5) 平成 15 年 5 月請求以降、新様式を使用する場合は、平成 15 年 3 月診療以前分と平成 15 年 4 月診療以降分の明細書が混在しないようにしてください。

(6) 在総診又は在医総を算定した明細書とそれ以外の明細書は、従前どおりそれぞれ分けて請求書を作成してください。(医科)

2 診療報酬明細書(医科、歯科)、調剤報酬明細書(調剤)

(1) 旧様式については、当分の間、使用することができます。

(2) 新様式の使用時期については、特に定めません。

3 福祉医療費請求書(社保用)

(1) 旧様式については、当分の間、使用することができます。

(2) 新様式の使用時期については、特に定めません。

(3) 平成 15 年 5 月請求以降、旧様式を使用する場合は、平成 15 年 3 月診療以前分と平成 15 年 4 月診療以降分が混在しても差し支えありません。

(4) 平成 15 年 5 月請求以降、新様式を使用する場合は、平成 15 年 3 月診療以前分と平成 15 年 4 月診療以降分が混在しないようにしてください。



4 請求書  
(医科、歯科請求書)

○(ア)

平成(イ)年(ウ)月分 診療報酬請求書(医科・歯科) (キ)

保険者(ウ)様 保険医療機関の所在地及び名称 開設者氏名

下記のとおりに請求する。 平成(エ)年(イ)月(カ)日

保険者番号 県番号 医療機関コード  
(オ) 28 (カ)

(ク)印

請求区分	療養の給付				食事療養費				
	件数	診療実日数	点数	一部負担金	件数	日数	金額	標準負担額	
国民健康保険	一般被保険者	70歳以上9割 入院							
		入院外							
	70歳以上8割	入院							
		入院外							
	一般被保険者	入院							
		入院外							
	3歳未満	入院							
		入院外							
	本人	入院							
		入院外							
	退職者	70歳以上9割	入院						
			入院外						
70歳以上8割		入院							
		入院外							
被扶養者		入院							
		入院外							
3歳未満	入院								
	入院外								
老人保健	老人9割	入院							
		入院外							
老人8割	入院								
	入院外								
請求合計	入院								
	入院外								
決定合計	入院								
	入院外								

**様式見本**

この様式は日本工業規格A列4番です。

請求区分	療養の給付				食事療養費			
	件数	診療実日数	点数	一部負担金	件数	日数	金額	標準負担額
公費負担医療	入院							
	入院外							
	入院							
	入院外							

	総計誤算		増減状況		高額療養費			
	増点	減点	増点	減点	一般被保険者		退職者	
入院					件数	金額	件数	金額
入院外						円		円

件(シ)円  
件円

返戻	療養の給付				食事療養費			
	件数	診療実日数	点数	一部負担金	件数	日数	金額	標準負担額
入院								
入院外								

備考 1 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。  
2 表については、太線の表のみ記入してください。

(調剤請求書)

○

# 調剤報酬請求書

様式第八

平成 年 月 分

保険者

保険薬局の

所在地及び名称

様

開設者氏名

印

下記のとおり請求する。

平成 年 月 日

保 険 者 番 号	県 番 号	薬 局 コ ー ド
	2 8	

請 求 区 分	件 数	処方せん受付回数	点 数	一部負担金	備 考
国民健康保険者	70歳以上 9割			円	
	70歳以上 8割				
	一般被 保険者				
	3歳未満				
退職者	本 人				
	70歳以上 9割				
	70歳以上 8割				
	被扶養者				
	3歳未満				
老人保健	老人9割				
	老人8割				
請求合計					
決定合計					

**様 式 見 本**  
この様式は日本工業規格 A 列 4 番です。

請 求 区 分	件 数	処方せん受付回数	点 数	一部負担金
公費負担医療				円

総 計 誤 算		増 減 状 況	
増 点	減 点	増 点	減 点

高額療養費	件 数	金 額
一般被保険者		円
退 職 者		円

返 戻	件 数	処方せん受付回数	点 数	一部負担金
				円

- 備考
- この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。
  - 表については、太線の表のみ記入してください。



((老人) 訪看請求書)

## 老人訪問看護療養費・訪問看護療養費請求書

平成 年 月分 訪問看護ステーション  
 保険者 の所在地及び名称  
 指定訪問看護事業者氏名

様式第二

印

下記のとおりに請求する。

平成 年 月 日

保 険 者 番 号	県 番 号	ス テーションコード
2	8	

請 求 区 分		件 数	日 数	金 額	結核・精神各法負担金額	備 考	
国 民 健 康 保 険	一 般 被 保 険 者	70歳以上 9割			円		
		70歳以上 8割					
		一般被 保険者					
		3歳未満					
	退 職 者	本 人					
		70歳以上 9割					
		70歳以上 8割					
		被扶養者					
		3歳未満					
	老 人 保 健	老人9割					
老人8割							
請求合計							
決定合計							

様 式 見 本

この様式は日本工業規格A列4番です。

請 求 区 分	件 数	日 数	金 額	結核・精神各法負担金額	患者負担額
公 費 負 担 医 療	結核予防法 第35条			円	円
				円	

総 計 誤 算		増 減 状 況	
増 額	減 額	増 額	減 額
円	円	円	円

高額療養費	件 数	金 額
一般被保険者		円
退 職 者		

件	円
件	円

返 戻	件 数	日 数	金 額	結核・精神各法負担金額	基本利用料
			円	円	円

備考 1 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。  
 2 表については、太線の表のみ記入してください。

(4) 明細書作成上の留意点

厚生労働省の定めた「診療報酬明細書等の記載要領」に基づき記載していただく他、次の点に留意の上、明細書を作成してください。

ア 留意点

- (ア) 入院の(特)等の公費、(老)、(乳)、老人保健、高齢受給者(一般・退職)に係る一部負担金を明細書の一部負担金欄に記載してください。
- (イ) 外来の(特)等の公費、(老)、(乳)、老人保健の在総診及び在医総、高齢受給者(一般・退職)の在医総に係る一部負担金を明細書の一部負担金欄に記載してください。
- (ウ) (老)、(乳)の一部負担金は、円単位(四捨五入する前の金額)を記載してください。
- (エ) 患者の疾病又は負傷が、第三者行為(交通事故等)によって生じたと認められる場合は、明細書「特記事項」欄に「10 第三」と記載してください。
- (オ) (長)該当明細書は、「特記事項」欄に「02 長」と記載してください。  
また、(長処)該当明細書は、「特記事項」欄に「03 長処」と記載してください。
- (カ) 県内被保険者の被保険者証番号は、原則7桁の数字です。
- (キ) 患者負担に関する事項

一部負担のあるものすべて

a (入院分)

70才以上

75才→27

	所得区分	患者負担割合	患者月額上限
老人保健	75~	1割	40,200円
高齢受給者	27 一般 70~74		24,600円(市町村民税非課税の世帯等) 15,000円(上記のうち所得が一定の基準に満たない者)
県単老人医療	一定以上 65の所得 41,42	2割	72,300円と医療費から一定額を差し引いた残額の1%の合計額(限度額の場合は円単位)

明細書には患者から徴収した金額を記載してください。

70~74

b (入院外分)

	所得区分	患者負担割合	患者月額上限
老人保健 (*1)	一般	1割	12,000円
			8,000円 (市町村民税非課税の世帯等)
高齢受給者 県単老人医療 (*2)	一定以上の所得	2割	40,200円

(\*1 在総診又は在医総を算定している場合)

(\*2 在医総を算定している場合)

c 老人保健で、原爆一般疾病（法別 19）に該当する患者については、老人一部負担金等を国が当該保険医療機関等に支払い、患者が直接支払うことを要しないことになっています。

この場合、明細書に一部負担金を記載し、摘要欄右下に(原)と朱書きし、請求書の右下部太枠内に(原)と表示の上、件数及び金額を記載してください（金額は省略して差し支えありません）。

d 特定疾患治療費（法別 51）に該当する患者で、患者負担がある場合は明細書に負担金額を記載してください。患者負担の有無は受給者証等を確認してください。

(a) 患者負担なし…公費負担者番号 51286011、51287019 等

(b) 患者負担あり…公費負担者番号 51286029 等

入院、月額 14,000 円

(医療費と食事療養費含めて 1 保険医療機関等ごとに)

通院、月額 2,000 円

(1 保険医療機関等ごとに月 2 回、1 日 1,000 円限度)

ただし、訪問看護、院外処方による調剤薬局での薬剤費については、一部負担はありません。

老人保健で、特定疾患治療費（法別 51）に該当する患者については、請求書の右下部太枠内に(特)と表示し、件数及び金額を記載してください（金額は省略して差し支えありません）。

e 薬剤一部負担金については、平成 15 年 4 月から廃止となりました。



イ 明細書  
(医科入院明細書)

診療報酬明細書

(医科入院)

提出先  
1 国保  
2 社保

平成 年 月 分 28

都道府 医療機関コード  
県番号

1 1 社・国 3 老人 1 単 1 本 7 高入9  
2 2 公費 4 退職 2 独 3 入 3 入 9 高入8  
3 3 併 5 入 3 入 9 高入8  
7 ( )

様式第二二

市町村 番号		老人医療 の受給者 番号	
公費負担 番号①		公費負担 給付番号①	
公費負担 番号②		公費負担 給付番号②	

保険者 番号		被保険者証・被保険者 手帳等の記号・番号	
-----------	--	-------------------------	--

区分	精神	結核	特例	老人	重点	療養	複合	複療	特記事項
氏名	1男 2女 1明 2大 3昭 4平 生								
職務上の事由	1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害								

保険医  
療機関  
の所在  
地及び  
名称

備	(1)	診	(1)	年	月	日	版	治ゆ	死亡	中止	保	日
病	(2)	療	(2)	年	月	日					険	日
名	(3)	開	(3)	年	月	日					公	日
	(4)	始	(4)	年	月	日					費	日
	(5)	日	(5)	年	月	日					日	日

① 初診	時間外・休日・深夜	回	点	公費分点数
② 指導				
③ 在宅				
④ 投薬	① 内服 ② 屯服 ③ 外用 ④ 調剤 ⑤ 麻毒 ⑥ 調基	回	点	
⑤ 注射	① 皮下筋肉内 ② 静脈内 ③ その他	回	点	
⑥ 見置	薬 剤	回	点	
⑦ 手術	薬 剤	回	点	
⑧ 検査	薬 剤	回	点	
⑨ 画像	薬 剤	回	点	
⑩ その他	薬 剤	回	点	

様式見本  
この様式は日本工業規格A列4番です。

入院年月日	年	月	日
病 診	① 入院基本料・加算	点	
	×	調	
	×	調	
	×	調	
	×	調	
	×	調	
	② 特定入院料・その他		

⑪ 食事	円×	調	公費負担点数	点
	円×	調	公費負担点数	点
	円×	調	減・免・猶・I・II・3月超	

保険料	円	決定	円	負担金額	円	日	調	円	決定	円	(標準負担額)	円
公費①	円		円	減額	円	日	調	円		円		円
公費②	円		円	減額	円	日	調	円		円		円

要  
い  
細  
て

(医科入院外明細書)

診療報酬明細書		提出先 (医科入院外)	1 2 社 国 保 保	平成 年 月 分 28	都道府 医療機関コード 県番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 医 社 老 単 2 本 8 高 外 科 公 人 独 外 外 高 外 費 費 退 3 併 家 外 外 2 4 6 0 8
市町村番号		老人医療の受給者番号				10 9 8
公費負担番号①		公費負担医療の受給者番号①				7 ( )
公費負担番号②		公費負担医療の受給者番号②				
氏名		特記事項		保険医療機関の所在地及び名称		
1 男 2 女 1 明 2 大 3 昭 4 平 生						
職務上の事由		1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害				
傷病名	(1) (2) (3) (4) (5)	診療開始日	(1) (2) (3) (4) (5)	年 月 日	年 月 日	年 月 日
① 初診	時間外・休日・深夜	回	点	公費負担点		
② 再診	再診	×	回			
③ 外来管理加算		×	回			
④ 時間外		×	回			
⑤ 休日		×	回			
⑥ 深夜		×	回			
⑦ 指導						
⑧ 在宅	往診 夜間 深夜・緊急 在宅患者訪問診療 その他 薬	回	回	回		
⑨ 投薬	① 内服 薬調剤 × ② 屯服 薬調剤 ③ 外用 薬調剤 × ④ 処方 ⑤ 麻毒 ⑥ 調基	回	回	回		
⑩ 注射	① 皮下筋内 ② 静脈内 ③ その他	回	回	回		
⑪ 処置	薬 剤	回				
⑫ 手術	薬 剤	回				
⑬ 検査	薬 剤	回				
⑭ 画像	薬 剤	回				
⑮ その他	処方せん 薬 剤	回				
保険料の納付	公費① 公費②	点	点	点	点	点

## 様式見本

この様式は日本工業規格 A 列 4 番です。

様式第二(一)







(調剤明細書)

提出先 1 2 社 国 保 保		都道府 薬局コード 県番号		平成 年 月 分 (28)											
		4 1 社・国 2 公費		3 老人 4 退職		1 2 3 3		単独 2 併 3 併		2 4 6 6		本外 3 外 家 家		8 高外 0 高外	
市 町 村 番 号 公 費 負 担 担 者 番 ① 公 費 負 担 担 者 番 ②		老人医療 の受給者 番 号 公費負担 医療の受 給者番号① 公費負担 医療の受 給者番号②		保 險 者 番 号		給 付 割 合 10 9 8 7 ( )		被保険者証・被保険者 手帳等の記号・番号							
氏 名 1男 2女 1明 2大 3昭 4平 職務上の事由 1職務上 2下船後3月以内 3通勤災害		特 記 事 項		保険薬 局の所 在地及 び名称											
保 險 医 療 機 関 の 所 在 地 及 び 名 称		保 險 医 氏 名		1. 2. 3. 4. 5.		6. 7. 8. 9. 10.		受 保 付 險 回 公 費 ① 数 公 費 ②		回 回 回		公 費 分 点 数			
医 師 姓 方 年 月 調 剤 年 月		調 剤 報 酬 点 数 調 剤 料 薬 剤 料 加 算 料		公 費 分 点 数		調 剤 数 量 調 剤 料 薬 剤 料		調 剤 報 酬 点 数 調 剤 料 薬 剤 料 加 算 料		公 費 分 点 数					
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: fit-content; margin: auto;"> <h2 style="margin: 0;">様 式 見 本</h2> <p style="margin: 0;">この様式は日本工業規格 A 列 4 番です。</p> </div>															
摘 要 保 險 公 費 ① 公 費 ②															
請 求 点		決 定 点		一部負担金額 円		調剤基本料 点		時間外等加算 点		指 導 料 点					
減額 割 (円) 免除・支払猶予		円		点		点		点		点					
円		点		円		点		点		点					

((老人) 訪看明細書)

(老人)  
訪問看護療養費明細書  
平成 年 月分 (28)

都道府 訪問看護ステーション  
県番号 ンコード

6 訪問	1 社・国 2 公費	3 老人 4 退職	1 単独 2 2併 3 3併	2 本人 4 三歳 6 家族	8 高齢 0 高齢	9 9 8 7
------	---------------	--------------	----------------------	----------------------	--------------	------------

市町村	老人医療の受給者番号
番号	公費負担医療の受給者番号①
公費負担者番号①	公費負担医療の受給者番号②
公費負担者番号②	

保険者番号	給付割合
-------	------

被保険者証・被保険者  
手帳等の記号・番号

氏名	特記事項
1男 2女 1明 2大 3短 4平 . . . 生	
職務上の事由	1職務上 2下船後3月以内 3通勤災害

訪問看護ステーションの所在地及び名称

**様式見本**  
この様式は日本工業規格A列4番です。

心身の状況	訪問開始年月日	年 月 日	実日	保険公費①公費②	日																												
	訪問終了年月日時刻	年 月 日 時 分	敷	日	日																												
王たの病名	訪問終了の状況	1 軽快      2 施設      3 医療機関 4 死亡      5 その他 ( )																															
	死亡時刻	年 月 日 時 分	主治医の属する医療機関の名称																														
指示期間	年 月 日 ~ 年 月 日		主治医の氏名																														
指示期間 (特別指示期間)	年 月 日 ~ 年 月 日		主治医の氏名																														
基本療養費 (I)	(公費分金額)		訪問日																														
	⑬ 保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士	円 × 日 円	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	⑭ 准看護師	円 × 日 円																															
	⑮ 難病等複数回訪問加算	円 × 日 円																															
	基本療養費 (II)			主治医への直近報告年月日																													
	⑯ 保健師、看護師、作業療法士	円 × 日 円	年 月 日																														
	⑰ 延長時間加算	円 × 時間 円	提供した情報の概要																														
	⑱ 管理療養費	円 + 円 × 日 円	情報提供先の市(区)町村等の名称																														
	⑲ 管理療養費の加算	円 円	特記事項																														
	⑳ 情報提供療養費	円 円																															
㉑ ターミナルケア療養費	円 円																																
合計	保険	円 ※ 決定 円	負担金額	円	基本利用料内訳	円 日	※高額療養費	円																									
	公費①	円 ※ 円	額 額 (円) 免除・支払額千	円 ×	円	備考																											
	公費②	円 ※ 円	円 ※ 公費負担金額	円	円																												

## (5) 特別療養費明細書作成上の留意点

国保資格証明書による診療を行った場合は明細書を作成し、明細書の上部余白部分に必ず特別療養費と朱書きの上、総括票の摘要欄に「特別療養費〇件」と記載してください。

明細書は、総括票の次に編綴し、国保連合会へ提出してください。(請求書は添付不要です。)

## (6) 福祉医療費請求書(社保用)作成上の留意点

## ア 留意点

請求先別、表別、割合別に作成してください。※欄は記載しないでください。

## (ア) 「平成 年 月分」欄について

診療年月を記載してください。

## (イ) 「平成 年 月 日」欄について

福祉医療費請求書を提出する日を記載してください。

## (ウ) 「所在地、名称、開設者氏名」欄について

指定申請の際に社会保険事務局に届け出た所在地、名称、開設者氏名を記載してください。

## (エ) 「印」について

国保連合会に届け出た印鑑を使用してください。(「保険医療機関等の請求及び受領に関する届」で届け出た印鑑)

## (オ) 「請求先」欄について

実施主体者名を記載してください。

## (カ) 「保険医療機関コード」、「保険薬局コード」欄について

指定された保険医療機関等の機関コード番号を記載してください。

## (キ) 「表別」欄について

該当する表別の数字に〇をつけてください。

## (ク) 「割合」欄について

該当する割合の数字に〇をつけてください。

## (ケ) 「各明細行」欄について

該当する欄を記載してください。

また、乳幼児医療(法別80、81)は「生年月」欄を必ず記載してください。

なお、「生年月」欄の記載は、「平成」を「4」で5桁の数字で表します。

(例) 平成15年4月生まれは「41504」です。

## (コ) 「請求合計」欄について

「件数」、「日数」、「点数」、「一部負担金」を集計し、記載してください。



078-332-5533  
 12月

巻 41, 42  
 80 81  
 82 83  
 84 85

86 → 社保  
 12月

4 福祉医療費請求書 (社保用)  
 (医科、歯科福祉医療費請求書)

<b>福祉医療費請求書</b> (社保用)  平成(ア)年 月分下記のとおり請求する。  平成 年(イ)月 日		保 險 医 療 機 関	所 在 地	(ウ)
			名 称	
			開 設 者 氏 名	

請 求 先	(オ) 兵庫県知事 市・(町)長 様	保 險 者 コ ー ド	県 番 号	保 険 医 療 機 関 コー ド	表 別	割 合
		2 8 9 9 9 1	2 8	(カ)	医科 歯科 1 3	1 2 3 1 2 3

受 給 者 氏 名	生 年 月	公 費 負 担 者 番 号		受 給 者 番 号	診 療 年 月	入 外	日 数	点 数	一 部 負 担 金	備 考
		法 別	県 番 号							
			2 8				1			
			2 8				2			
			2 8				1			
			2 8				2			
			2 8	(ケ)			1			
			2 8				2			
			2 8				1			
			2 8				2			
			2 8				1			
			2 8				2			
			2 8				1			
			2 8				2			
			2 8				1			
			2 8				2			
			2 8				1			
			2 8				2			
			2 8				1			
			2 8				2			
			2 8				1			
			2 8				2			
			2 8				1			
			2 8				2			
			2 8				1			
			2 8				2			
請 求 合 計				件	(コ)	日		点		円
※ 決 定 合 計				件		日		点		円

**様 式 見 本**  
 この様式は日本工業規格 A 列 4 番です。

- (注) 1 市・町別・表別・割合別に作成してください。  
 2 入・外欄の入院は「1」、外来は「2」に○印を付してください。  
 3 点数欄は福祉医療対象点数を記入してください。  
 4 診療年月欄には該当年月以外は必ず記載してください。  
 5 乳幼児医療 (法別80、81) については、生年月を記載してください (例・平成15年4月生の場合、41504と記載)。  
 6 高額長期疾病分は、受給者氏名欄左欄外に (長) と記載し、備考欄に 02 を記載してください。



(調剤福祉医療費請求書)

福祉医療費請求書 (社保用)		保 險 薬 局	所 在 地						
平成 年 月分下記のとおり請求する。  平成 年 月 日			名 称						
			開 設 者 氏 名 <span style="float: right;">(印)</span>						
請 求 先	兵庫県知事		保 險 者 コ ー ド	県 番 号	保 險 薬 局 コ ー ド	表 別	割 合		
	市・(町)長 様		2 8 9 9 9 1	2 8		調 剤 4	1	2	3
受 給 者 氏 名	生 年 月	公 費 負 担 者 番 号 法別 県番号 実施主体	受 給 者 番 号	調 剤 年 月	外 回 数	点 数	一 部 負 担 金	備 考	
1		2:8			2				
2		2:8			2				
3		2:8			2				
4		2:8			2				
5		2:8			2				
6		2:8			2				
7		2:8			2				
8		2:8			2				
9		2:8			2				
10		2:8			2				
11		2:8			2				
12		2:8			2				
13		2:8			2				
14		2:8			2				
15		2:8			2				
16		2:8			2				
17		2:8			2				
18		2:8			2				
19		2:8			2				
20		2:8			2				
請 求 合 計			件		回		点		円
※ 決 定 合 計			件		回		点		円

様 式 見 本

この様式は日本工業規格 A 列 4 番です。

(注) 1 市・町別・表別・割合別に作成してください。  
 2 点数欄は福祉医療対象点数を記入してください。  
 3 調剤年月欄には該当年月以外は必ず記入してください。  
 4 老人で一部負担金の徴収がない場合は、0円と記載してください。  
 5 乳幼児医療(法別80、81)については、生年月を記載してください(例・平成15年4月生の場合、41504と記載)。  
 6 高額長期疾病分は、受給者氏名欄左欄外に(長)と記載し、備考欄に 02 を記載してください。

(7) 高額療養費支払資金貸付制度

医療費の支払いが困難な被保険者に対し、一部負担金の額が高額療養費貸付基準額を超える額について、被保険者から保険者への申請に基づき支払資金の貸付をしています。

当制度の利用に際しては、保険医療機関等から明細書に申請書を添えて提出いただくことで貸付金を国保連合会が被保険者に代わり保険医療機関等へ直接振り込みます。

ア 取扱注意事項

- (ア) 診療報酬等を請求される際に、申請書を当該明細書の次に添付して提出してください。
- (イ) 貸付金は、原則として国保診療報酬等と同一の口座に振り込みます。
- (ウ) 自己負担金下記の場合にあつては、該当の計算式に基づき自己負担額を算定してください。
  - a 公費対象点数がある場合の医療費は、公費対象点数を差し引いた点数×10円となります。
  - b 高齢受給者の一定所得者に係る自己負担額が、多数該当の場合、明細書の一部負担金欄に40,200円を記載してください。

(参考)

〈70歳未満の高額療養費貸付基準額〉

所得区分	平成14年10月～15年3月	平成15年4月～
上位所得者	139,800円＋ (医療費－669,000円)×1%	139,800円＋ (医療費－466,000円)×1%
一般所得者	72,300円＋ (医療費－361,500円)×1%	72,300円＋ (医療費－241,000円)×1%
低所得者	35,400円	35,400円

〈70歳以上高額療養費貸付基準額〉

所得区分	平成14年10月～	
	外来(個人)	世帯単位(入院・外来複数合算)
上位所得者	40,200円	72,300円＋(医療費－361,500円)×1%
一般所得者	12,000円	40,200円
低所得者	8,000円	Ⅱ 24,600円
		Ⅰ 15,000円

※ 1%負担に1円未満の端数がある場合において、その端数金額が50銭未満であるときは、これを切り捨て、その端数金額が50銭以上であるときは、これを1円として計算してください。



イ 高額療養費支払資金貸付申請書（兵庫県内保険医療機関等用です。）

様式第1号

高額療養費支払資金貸付申請書(県内用)

(申請者→保険医療機関→連合会)

年 月 日

兵庫県国民健康保険団体連合会理事長 様

申請者欄 次のとおり、高額療養費支払資金の貸付を申請します。

申請者 (世帯主、組合員)	フリガナ		被保険者証記号番号
	氏名	㊦	
	住所	〒	
療養を受 けた内容	フリガナ 受診者		療養を受けた月
		(大・昭・平 年 月 日生)	年 月
	保険医療 機関等	名称	
		所在地	〒

保険者欄

上記の者に対する一部負担金の取扱いについて兵庫県国民健康保険団体連合会が実施している「高額療養費支払資金貸付制度」(医療費の支払が困難な被保険者に対する貸付)による貸付を承認した上で、この制度による支払を御承諾いただき、取扱いを御依頼申し上げます。  
※下記該当番号に○をつけて下さい。(3については入院・外来も○をつけて下さい)

※下記該当番号に○をつけてください。

- 1 国保一般    2 退職    3 高齢受給者 入院・外来

給付割合

自己負担額

保険者コード

※取扱い注意事項は裏面に記載しています。

※退職者の場合は  
8桁で記入して下さい

様 式 見 本

この様式は日本工業規格 A 列 4 番です。

市・町長  
国保組合理事長 ㊦

保険医療機関欄

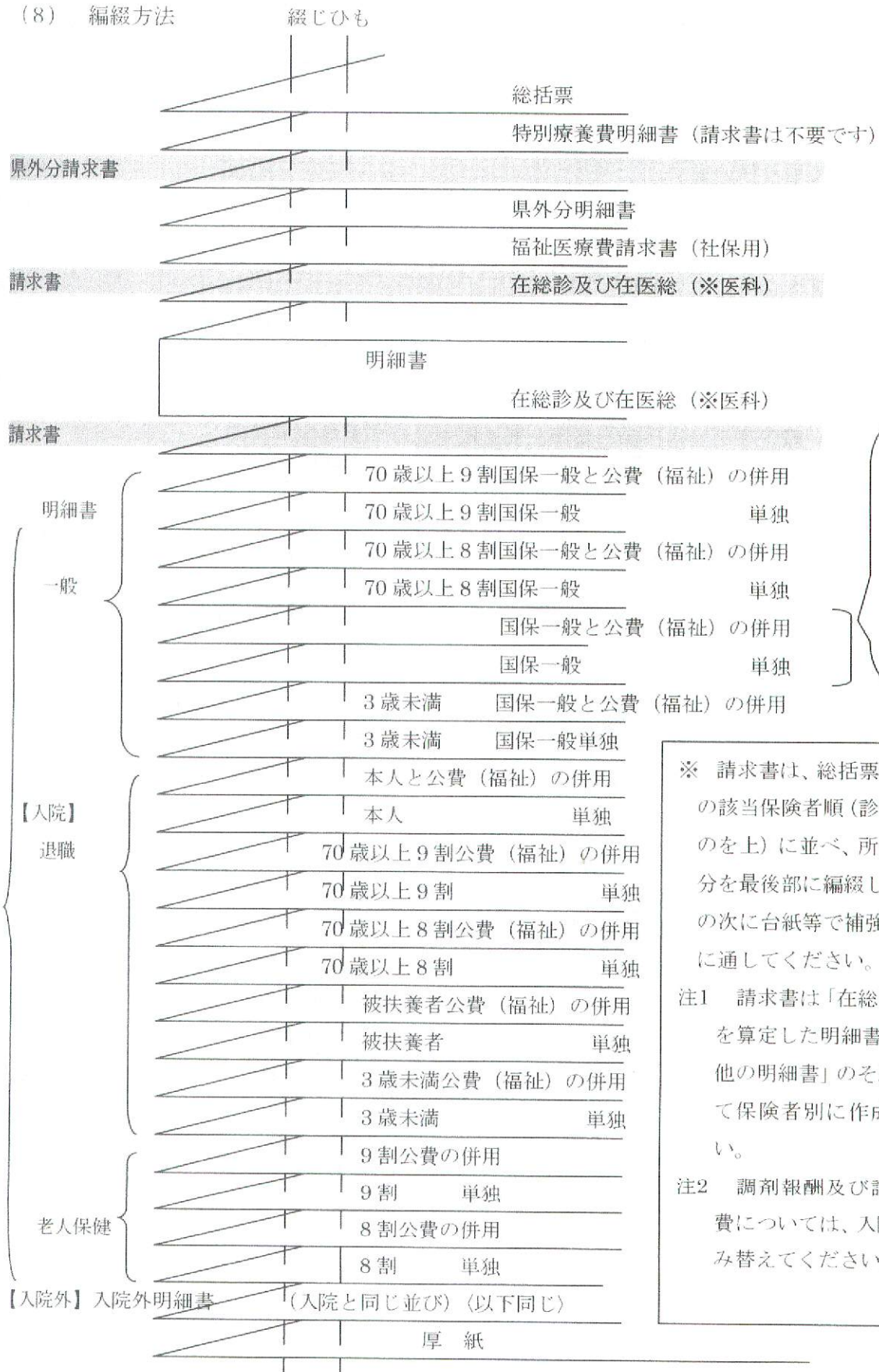
保険医療 機関等	コード番号		診療科目	
	名称			㊦

※取扱い注意事項は裏面に記載しています。

国保連合会欄

国保請求点数	点	併用公費	法別	対象点数

(8) 編綴方法



国保組合等は  
給付割合の大  
きい順にして  
ください。  
例) 9割、8  
割、7割の順

※ 請求書は、総括票の中段に表示  
の該当保険者順 (診療月の古いも  
のを上) に並べ、所在地の保険者  
分を最後部に編綴し、最終明細書  
の次に台紙等で補強の上、綴じ穴  
に通してください。

注1 請求書は「在総診又は在医総  
を算定した明細書」及び「その  
他の明細書」のそれぞれについ  
て保険者別に作成してくださ  
い。

注2 調剤報酬及び訪問看護療養  
費については、入院を外来に読  
み替えてください。

(9) その他の留意点

ア 県外保険者の福祉医療

福祉併用は、国保単独として取り扱ってください。

ただし、近畿税理士国民健康保険組合に限り、県内保険者と同様に県内福祉併用して取り扱います。

イ 請求書及び明細書に記載した数字等の訂正を行うときは、修正液を使用することなく、誤って記載した数字等を二重線で抹消の上、正しい数字等を記載してください。

なお、請求書等の記載に当たっては、黒若しくは青色のインク又はボールペンを使用してください。

ウ 保険医療機関等の番号が変更になった場合は、保険医療機関等の番号ごとに納票・請求書等請求に係る書類を別々に作成してください。



### 3 レセプト電算処理システムによる請求

#### (1) 届出

保険医療機関等が診療報酬等の請求を明細書等に代えて、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記録した厚生労働大臣の定める規格に適合する磁気テープ、フレキシブルディスク又は光ディスク（以下「磁気テープ等」という。）を提出し、請求することができます。

レセプト電算処理システムによる届出の詳細は、次の担当係へお尋ねください。

医科の届出 業務管理部業務第1課第1係 TEL (078) 332-9507

調剤の届出 業務管理部業務第1課第4係 TEL (078) 332-9548

#### (2) 参加手続き等

まず、保険医療機関等は、審査支払機関（支払基金・国保連合会）に参加の希望と確認試験を受けることを申し出ます。

後日、審査支払機関（支払基金・国保連合会）から確認試験依頼書が送付され、依頼書を受け取ります。

依頼書に必要事項を記載し、審査支払機関（支払基金・国保連合会）へ提出してください。

#### (3) 様式等

ア 磁気レセプト確認試験依頼書（医科用例示）

イ 試験用磁気レセプト（データ（FD等に格納））ラベル見本

ウ 磁気テープ等を用いた請求に関する届出

ア 磁気レセプト確認試験依頼書（医療用例示）

平成 年 月 日					
(審査支払機関名) 御中					
住所					
開設者					
氏名					
<u>磁気レセプト確認試験依頼書</u>					
磁気テープ等を用いた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。					
依頼回数	新規・回目	医療機関コード			
保険医療機関名		様 式 見 本		番号	
保険医療機関所在地		この様式は日本工業規格 A 列 4 番です。			
メーカー名			機種名		
磁気媒体	(JIS/固定項目長形式) MT FD3.5 インチ	(MS-DOS / 固定項目長形式) MO3.5 インチ	(MS-DOS/CSV 形式) MO3.5 インチ FD3.5 インチ	見込件数	入院 外来
(注) 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。					
----- キ ャ リ ト リ セ ン -----					
平成 年 月 日					
(保険医療機関名) 御中					
(審査支払機関名)					
<u>磁気レセプト確認試験実施連絡書</u>					
平成 年 月 日に御依頼のありました確認試験につきましては、次により実施いたします。					
なお、御提出いただく磁気媒体の貼付ラベルの余白に「試験用」と朱記されますようお願いいたします。					
1	磁気レセプトの提出期日	月 日まで			
2	磁気レセプトの提出先	(審査支払機関名)			
3	確認試験の実施予定日	月 日			
4	試験結果のリスト等の発送予定日	月 日			
5	その他				
「磁気テープ等を用いた請求に関する届出」を提出する場合は、磁気レセプトでの請求を開始する月の前月 20 日まで にお願いします。					

イ 試験用磁気レセプト(データ(FD等に格納))ラベル見本

磁気媒体の貼付ラベル

〈JIS/固定項目長形式〉

(MT用)

(記録密度) B P I	(医療機関コード)	支払基金 国保連
	(保険医療機関名称)	
(提出年月日) 年 月 日	(診療月分) 年 月 分	

(FD用)

医療機関コード 保険医療機関名称 診療年月日 提出年月日 F D 枚数	年 月 分 年 月 日 枚 中 枚 目	支払基金 国保連
---	---------------------------	-------------

〈MS-DOS/固定項目長形式〉

(MO用)

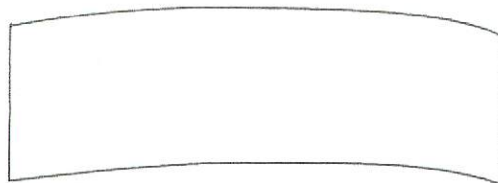
(MS-DOS/固定項目長)	支払基金 国保連
医療機関コード 保険医療機関名称 診療年月日 提出年月日 媒体枚数	年 月 分 年 月 日 枚 中 枚 目

〈MS-DOS/CSV形式〉

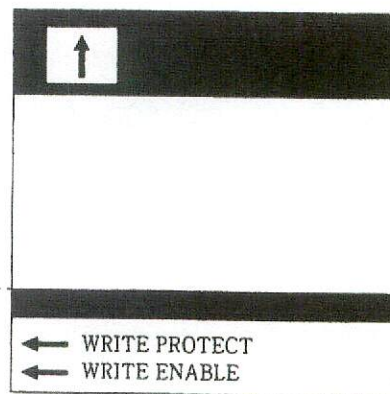
(MO・FD用)

(MS-DOS/CSV)	支払基金 国保連
医療機関コード 保険医療機関名称 診療年月日 提出年月日 媒体枚数	年 月 分 年 月 日 枚 中 枚 目

(MT)



(3.5インチ)



(5インチ)



折り返し部分を切り取って使用する。



ウ 磁気テープ等を用いた請求に関する届出

磁気テープ等を用いた請求に関する届出

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記録した厚生労働大臣の定める規格に適合する磁気テープ等  
 開始  
 を用いた請求を 中止 することに關し、「療養の給付、老人医療及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令」  
 変更  
 の規定に基づき届け出ます。

平成 年 月 日

㊞

開設者 住所 氏名

御中

(審査支払機関名)

点数表区分	医科	医療機関コード	電話番号	( )
保険医療機関名			郵便番号	—
保険医療機関所在地				
機種	<b>様式見本</b>			
プログラム名	名 (メーカー名)			
ハード、ソフトウェア型の名称	名称 (メーカー名)			
プログラム作成者	氏名又は名称 (代表者氏名)			
	住 所			
請求開始・中止・変更年月	平成	年	月	請求分
(適要)				から
			磁気媒体 (記録形式)	※受付印
			(JIS指定項目長形式)	
			MT	
			MO3.5インチ	
			FD3.5インチ	
			(MS-DOS/固定項目長形式)	
			MO3.5インチ	
			FD3.5インチ	
			(MS-DOS/CSV形式)	

作成要領

- 1 この様式は、磁気テープ等を用いた請求を開始、中止又は変更しようとするとき、保険医療機関の所在する審査支払機関に提出するものとする。
- 2 磁気テープ等を用いた請求を開始、中止又は変更しようとするとき、その別を○で囲むものとする。
- 3 「医療機関コード」、「保険医療機関名」、「電話番号」、「電話番号」、「郵便番号」欄については、保険医療機関で届け出た記載内容を記入するものとする。
- 4 「機種名」欄については、ハード（電算機本体）の機種名（シリーズ名等）及びメーカー名を記入するものとする。  
（注）ハード、ソフト一体型の場合は、記入の必要はないものとする。
- 5 「プログラム名称」欄については、ソフトの名称及びメーカー名を記入するものとする。  
（注）ハード、ソフト一体型の場合は、記入の必要はないものとする。
- 6 「ハード、ソフト一体型の名称」欄については、ハードに計算処理を行うソフトが組み込まれた状態で販売されている製品であって、そのソフト部分を使用者が変更できないものをいい、機種名（シリーズ名等）及びメーカー名を記入するものとする。
- 7 「プログラム作成者」欄については、当該プログラムの作成者の氏名又は名称及び住所並びに法人にあってはその代表者の氏名を記入するものとする。
- 8 「請求開始・中止・変更年月」欄については、磁気テープ等を用いた請求を開始、中止又は変更しようとするときに、診療報酬の請求年月を記入するものとする。
- 9 「磁気媒体（記録形式）」欄については、使用する媒体の種類を○で囲むものとする。

様式見本

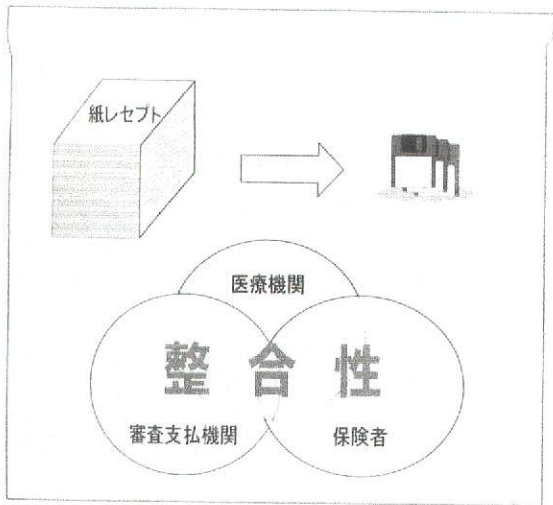
この様式は日本工業規格A列4番です。

(4) レセプト電算処理システム説明会資料抜粋 (平成 14 年度版医科)





## レセプト電算処理システムとは



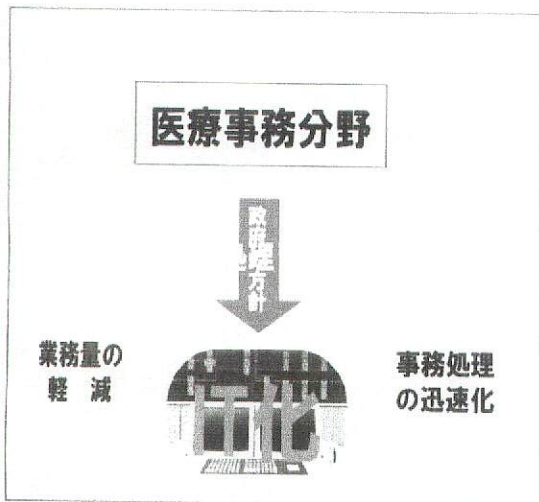
レセプト電算処理システムは、従来の紙レセプトから、磁気媒体 (FD 等) に収録したレセプト (磁気レセプト) で診療報酬の請求を行い、審査支払機関において請求、支払業務等をコンピュータ処理できる仕組みを整備したものです。

本システムは厚生労働省、支払基金及び国保中央会等が共同で進めてきたシステムで、医療機関、審査支払機関及び保険者を通じて一貫した整合性のあるシステムを構築したものです。

## レセプト電算処理システム普及の目的

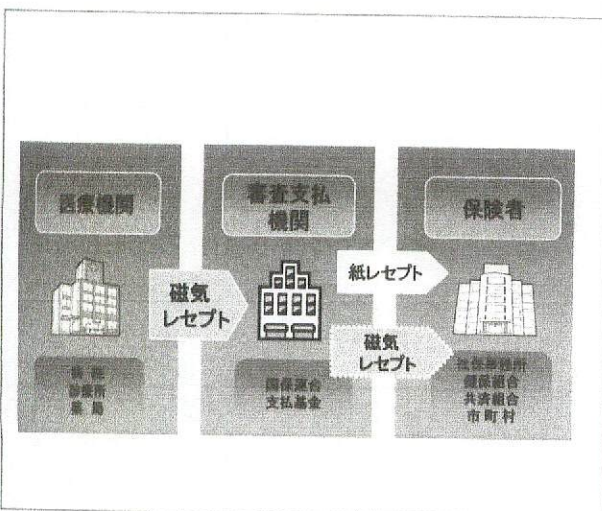
医療事務分野の IT 化は政府の方針であり、13 年 12 月には、厚生労働省の保健医療分野の情報化に向けてのグランドデザインにより、医療事務分野の当面の課題として、レセプト電算処理システムの普及が挙げられています。

また保険医療機関においては診療報酬の請求を磁気レセプトで提出できることにより医療機関、審査支払機関などで業務量の軽減と事務処理の迅速化を図ることを目的としています。



## システムのご概念

保険医療機関で作成された磁気レセプトを審査支払機関で受け、その磁気レセプトにより、医学的審査、事務点検、請求・支払を行い、紙レセプトに出力して保険者への送付を行っております。将来的には磁気レセプトで保険者への送付を行い、ペーパーレス化も視野に入れたシステムへと移行できるように取り組んでいます。



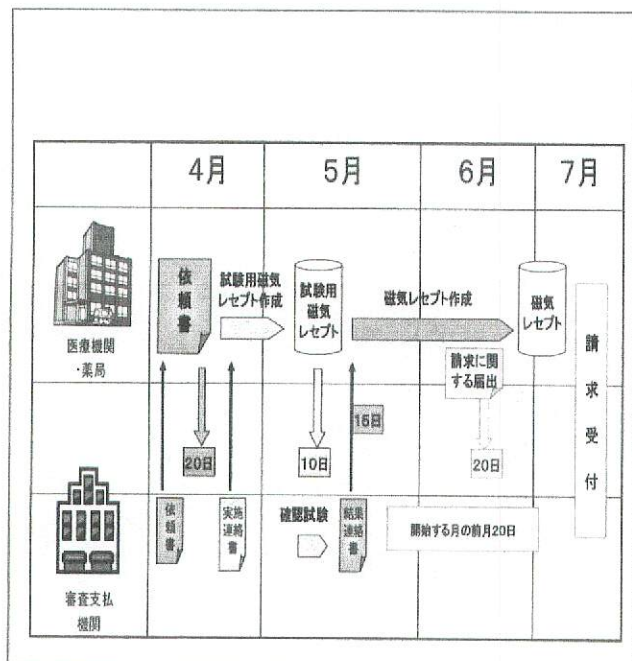
## レセプト電算処理システムへの参加手続き

まず、医療機関(調剤薬局)は、審査支払機関に参加の希望と確認試験を受けることを申し出ます。後日、審査支払機関から確認試験依頼書が送付され、依頼書を受け取ります。

例えば、医療機関は4月20日までに依頼書を提出したとします。その後 実施連絡書により確認試験の連絡を受け、試験用磁気レセプトを作成し、試験用磁気レセプトの提出期日(実施連絡書に明記)までに審査支払機関へ提出します。

審査支払機関は、試験用磁気レセプトにより確認試験を実施し、確認試験結果連絡書に資料を添えて10日頃(下図は例示)までに医療機関へ送付します。

そして、医療機関は、確認試験の結果分析を経て、「磁気テープ等を用いた請求に関する届出」を請求を開始する月の前月20日までに審査支払機関に提出することにより(ここでは6月20日ですが、5月20日も可能です。)、次月より磁気レセプトの請求が可能になります。

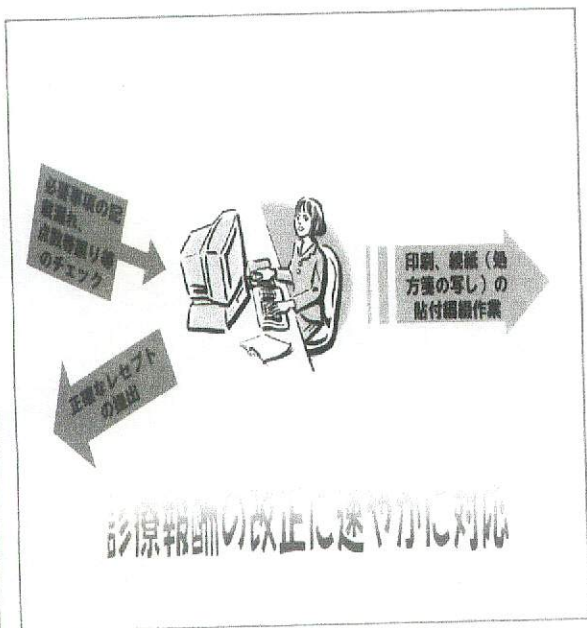


よって医療機関のレセ電算参加希望の申し出から磁気レセプトの請求までの提出書類は

- 磁気レセプト確認試験依頼書
- 試験用磁気レセプト
- 磁気レセプトを用いた請求に関する届出書の3種類です。



## システムの導入効果



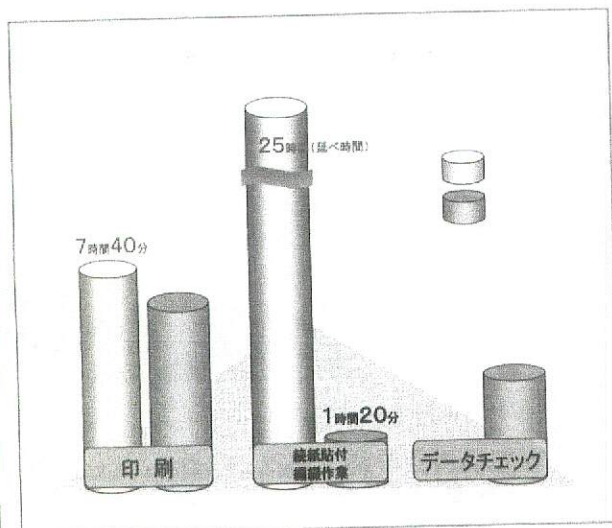
レセプト電算処理システムを導入することによるメリットは、次のようなものがあります。

まず、レセプト電算処理システム標準仕様と呼ばれる一種のプログラムが組み込まれているため、必要事項の記載漏れ、点数や算定ルール誤りの確認ができ、正確なレセプトの提出ができます。

そして、磁気レセプトを提出するため、レセプトの印刷や続紙貼付・編綴作業が軽減されます。

また、基本マスターを活用するため、診療報酬の改正に速やかに対応できるようになります。

## 事務処理時間の効果



レセプト電算処理システムを導入した200床病院の具体例では、レセプトの印刷については、導入前に院内審査用と請求用の共用レセプトを1枚印刷しています。導入後も院内審査用としてレセプト1枚の印刷が必要ですが、修正後のレセプト印刷が不要となるため、導入前と比較すると1時間40分の軽減となります。

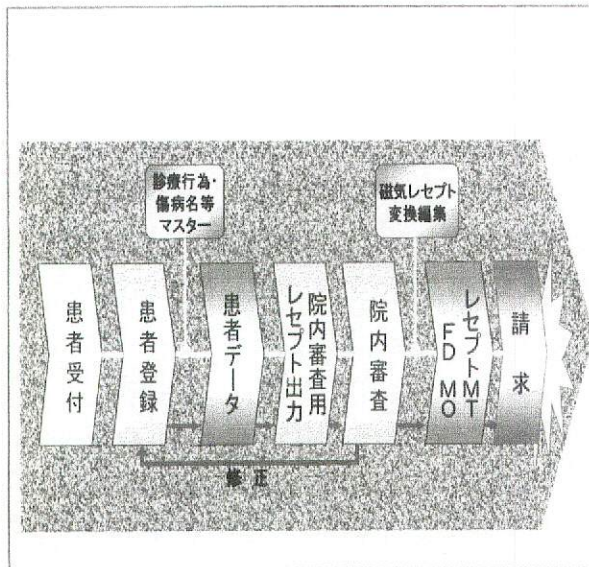
そして、続紙貼付・編綴作業については、磁気レセプトでの請求ですから、導入後は大幅な減少となります。

なお、磁気化されていない返戻レセプトの再請求分や自治体単独医療用紙レセプトの仕分け作業があります。

また、導入後の新たな作業としては、レセプトデータの機械チェックが3時間30分ほど加わります。



## 請求事務処理のフローチャート



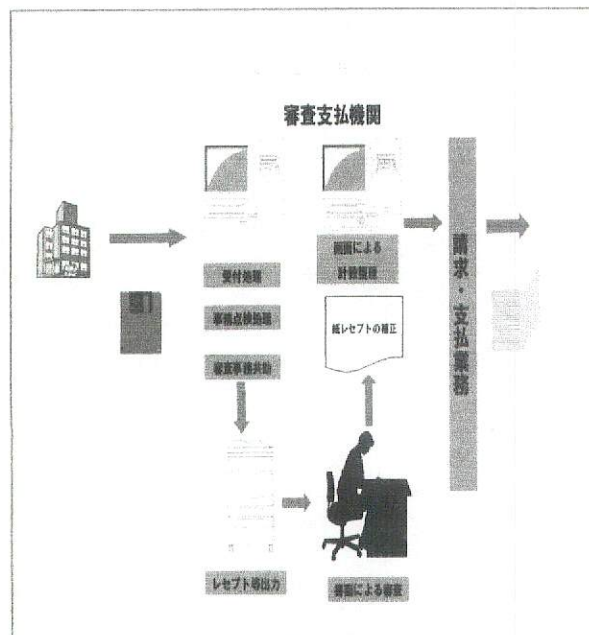
システム導入後の診療報酬請求事務のフローチャートです。

従来の事務処理体系の患者受付、患者登録後に、診療行為・傷病名等の各種基本マスターをドッキングさせて、患者データを蓄積させます。

そして、院内審査用の紙レセプトを出力、修正し、「記録条件仕様」に基づいてコード変換及び磁気レセプト作成処理を行います。

磁気レセプトを磁気媒体に収録し、請求準備の完成となります。

## 審査支払機関における処理の流れ



保険医療機関から提出された磁気媒体を、本システムにより受け、事務点検処理を行います。

その後、画面上にレセプトを表示し、画面による審査事務共助を行います。

審査事務共助の終了後は、審査委員会において審査を行います。

このようにレセプト電算処理システムであっても、審査に関する考え方は従来とはなんら変わるものではありません。

審査委員会の終了後は、審査後のレセプトを原票に、画面上のレセプトに対し審査結果を入力します。

その後システムによる金額計算、手作業による紙レセプトの保険者別分類等の請求・支払業務を経て、紙レセプトにより保険者へ請求します。

業務のフロー  
患者登録  
にマスター  
を積みませ  
る  
を出力、修  
コード変換  
す  
し、請求準

し  
磁気媒体を  
検処理を行  
い  
表示し、画面  
審査委員会に  
システムであ  
るとはなんら変

審査後のレセプ  
に対し審査結果を

請求・支払業

### 磁気媒体の種類と記録方法

現在使用できる磁気媒体の種類と記録方法の一覧です。

磁気媒体	フォーマット	形式	容量	記録可能件数
	JIS	固定長	1MB	約500件
FD3.5 インチ	MS-DOS	CSV	1.44MB	約1,400件
	MS-DOS	固定長	230MB	約11万5,000件
MO3.5 インチ	MS-DOS	CSV	230MB	約23万件

磁気媒体はフレキシブルディスク(FD)の3.5インチ及び光ディスク(MO)等となっています。フォーマットは、JISフォーマットとMS-DOSフォーマット、記録形式では、固定長とCSV形式となっています。

なお、CSV形式は、請求磁気媒体を作成する際に必要とされるフォーマット変換プログラムが不要になり、また、データを効率よく詰めて記録できるうえ、機種同士の互換性に優れているため、技術面及び経費面においても効果が見込まれます。

### 基本マスターの種類と内容

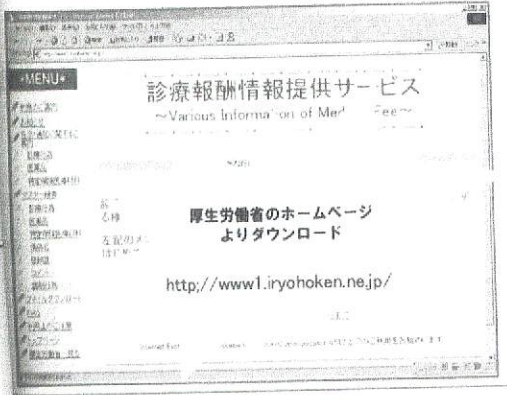
基本マスターの種類と収録内容の一覧表です。基本マスターとは、診療行為名や傷病名、医薬品などに個々にコード、すなわち、レセプト電算処理システム用厚生省コードを設定し、そのコードを基本として、それに各種の情報を付加した電子的マスタファイルのことをいいます。

種類	収録内容
傷病名マスター	傷病名・コード、ICD分類コード
修飾語マスター	修飾語・コード
医薬品マスター	医薬品名・コード、薬価、単位
特定器材マスター	特定器材名称・コード、規格、価格
コメントマスター	コメント文・コード
診療行為マスター	診療行為名称・コード、点数、点数計算情報

この基本マスターは、磁気レセプトを作成する医療機関や受け取る保険者にも提供され、関係機関におけるシステムの効率的な開発、維持管理及び磁気レセプトの作成等に役立っています。

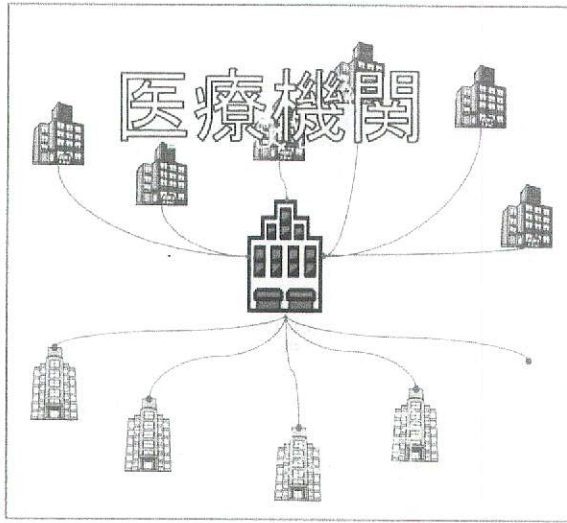
### 基本マスターの入手方法

マスターに係る情報については、厚生労働省のホームページによりダウンロードができます。





## オンライン請求システムに向けて



レセプト電算処理システムの審査支払機関の受け入れ体制が整備されて、2年が経過し、これらの働きかけや世の中のIT化の動きも背景に、ようやく参加の機運も高まりつつあります。

21世紀のIT化社会では、先進的な情報技術が、医療保険制度の様々な分野に導入される可能性があり、医療機関の電子カルテ、審査支払機関及び保険者の三者を通じたオンラインによる診療報酬請求支払システムの実現に向けて準備を進めております。

このように、審査支払機関では、レセプト電算処理システムの普及を通じて、IT化を推進し、業務のより一層の効率化を図り、その成果を社会に還元していくこととしています。

### 兵庫県社会保険診療報酬支払基金

#### 企画調整第1課

TEL 078-302-5000(代表)

FAX 078-302-7554

### 兵庫県国民健康保険団体連合会

#### 業務第1課

TEL 078-332-5601(代表)

FAX 078-332-0986

今後とも、レセプト電算処理システムの推進に御理解をいただき、多くの保険医療機関の皆さま方の参加をお待ちしております。

なお、レセプト電算処理システムについて、不明な点等がございましたら、支払基金又は国保連合会まで御連絡をお願いいたします。



#### 4 審査支払

##### (1) 診療報酬審査委員会

審査委員会は、国民健康保険診療報酬の審査を公正かつ適正に行うため、保険医及び保険薬剤師を代表する委員、保険者を代表する委員並びに公益を代表する委員の三者から構成されており、毎月7日間開催しています。

##### (2) 増減点返戻通知書等

###### ア 送付日

審査委員会で請求点数の増減及び返戻等があった場合、審査した月の末日に増減点返戻通知書等を送付します。

###### イ 増減点返戻通知書

(様式審13) **増減点返戻通知書**  
(医療機関用)

〒--  
平成 年 月 日  
コード番号   
平成 年 月 日

病院  
医療  
診療所  
クリニック  
様  
薬局

兵庫県国民健康保険団体連合会  
連 絡 事 項

(増 減)						(計 算 額)															
保険者名	割合	区分	被保険者名	増点(額)	減点(額)	事由	内 容	保険者名	割合	区分	件数	増 点	減 点	事由							
<div style="border: 2px solid black; padding: 10px;"> <h3 style="margin: 0;">様 式 見 本</h3> <p style="font-size: 12px; margin: 0;">この様式は日本工業規格 A 列 4 番です。</p> </div>								国 保	11・15						退 職 者	本人	41				
									12・16							家族	42				
									43								44				
									45								46				
								老 農	31・35												
									32・36												
																(返 戻)					
																日数	点 数	事由			

(注) (1) 割合欄に表示のないものは? 類給付  
 (2) 区分欄  
 11は国保本人入院分 35は老健家族入院分  
 12は国保本人入院外分 36は老健家族入院外分  
 15は国保家族入院分 41は退職本人入院分  
 16は国保家族入院外分 42は退職本人入院外分  
 31は老健本人入院分 43は退職家族入院分  
 32は老健本人入院外分 44は退職家族入院外分  
 番号に○を付してあるものは併用分を示す

(H) 増減点事由  
 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 担当規則(指針・基準・疑義解釈及び通達を含む)に反するもの  
 E 前号の外不適当又は不必要と認められるもの  
 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 総計計算の誤っているもの

K その他  
 (2) 増減点診療所  
 (医 科)  
 レセプトの診療行為別番号で表示  
 (調 剤)  
 ア 調剤料  
 イ 薬剤料  
 ウ 調剤基本料  
 エ その他

(注) この通知書に関するお問い合わせは、  
 までご連絡下さい。

ウ 福祉医療費請求書(社保用)の返戻または取消について

コード番号

□□□□□□□□□□

□□□□ - □□□□□□

様

事務連絡  
平成 年 月 日  
兵庫県国民健康保険団体連合会  
業務第 課 第 係

福祉医療費請求書(社保用)の返戻または取消について

貴院から請求の平成 年 月分福祉医療費請求書(社保用)について、下記の理由により今月の請求から返戻または取消をしましたので、ご確認のうえ次回請求分に含め再請求してください。

記

1. 福祉医療費請求書(社保用)を返戻いたします。

請求先名	請求書枚数	件数	事由

請求先名	請求書枚数	件数	事由

2. 福祉医療費請求書(社保用)の一部を取消いたします。

受給者氏名	公費負担者番号	受給者番号	診療月	入外	割合	日数	点数	老人一部負担金	薬剤一部負担金	事由	備考

**様 式 見 本**  
この様式は日本工業規格 A 列 4 番です。

- (返戻または取消の事由)
- 1 所在地及び名称・開設者氏名・請求印もれ
  - 2 混入または不一致
    - (1) 他市町請求書に混入
    - (2) 請求市町と公費負担者番号不一致
  - 3 不備または記入もれ
    - (1) 受給者氏名
    - (2) 公費負担者番号
    - (3) 受給者番号
    - (4) 請求点数
    - (5) 一部負担金
    - (6) 薬剤一部負担金
    - (7) 一部負担区分
    - (8) 生年月日

- 4 割合に関する記載不備
  - (1) 割合表示もれ
  - (2) 割合混入と思われるもの
  - (3) 1割はありません、確認してください。
  - (4) 入院の3割はありません。
- 5 本会取扱外
  - (1) 法別( )は支払基金へレセプトで請求してください。
  - (2) 県外の福祉医療については請求できません。一部負担金を徴収してください。
- 6 実日数0日について(歯科のみ)  
未装着の場合は未と記入のうえ製作月で請求願います。  
その他の場合は理由を記載願います。
- 7 依頼返戻
- 8 その他



(3) 保険者再審査

ア 保険者再審査

国保連合会が一次審査結果を通知した後に、保険者において審査結果に疑義が生じた場合は、国保連合会に対して再度の考案の申し出ができます。

これらの申し出により、再度、審査委員会で審査し、減点があった場合、過誤発生通知書及び保険者再審査用過誤付箋により保険医療機関等へ通知します。

イ 過誤発生通知書

様式電45号

頁

表別

医療医療機関番号

## 過誤発生通知書

住所

年 月 日 処理分

年 月 日

「法別」各法別番号の2ケタ  
「給付割合」各給付割合ごとの数字  
「区分」公費負担割合を記し「1」  
「過誤事由」公費負担割合にあり「2」  
「過誤事由」過誤付箋の記号番号

不明な点は、下記へ連絡下さい。

管理課再審査係（医療者再審査）  
(電話) 078-932-9537  
管理課課長係（課長事務）  
(電話) 078-932-9530

下記の通り過誤が発生し、調整する必要がありますので通知致します。

### 様式見本

この様式は日本工業規格A列4番です。

診療年月 年 月	保険者番号	被保険者番号	証別	人 種 別	日数	点	数	区分 及び、公費負担割合等	公費負担対象額	入 院 費	入院 料	診療 料	通 院 料	過誤 事由	備 考
合 計															

1. この過誤発生通知書による過誤発生額は、過誤発生額と一致しない場合があります。「医療機関等当座口座は通知書」により、確認下さい。  
 2. 「法別」又は「区分」は「給付割合」により、明細書が交付されない場合があります。（備考欄に「未調整」の表示あり）  
 3. 被保険者名については、「過誤付箋」を参照下さい。  
 4. 本通知書の備考欄に「+」の表示の時は、薬剤一所属印金額です。  
 5. 人・外別欄「1」は本人入院、2は本人入院外、3は3歳未満入院、4は3歳未満入院外、5は要介護入院、6は要介護入院外、7は高齢者入院、8は高齢者入院外、9は高齢者入院外、0は高齢者入院外を指す。

兵庫県国民健康保険協会の会



ウ 保険者再審査用過誤付箋

(様式電1 4頁)

◎保険医療機関又は  
保険者等(通知)用

保険者再審査用過誤付箋

依頼年月日 平成 年 月 日

平成 年 月 診療分診療報酬請求明細書等は、  
下記の理由により処理しましたので通知します。

表別	1	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	特	記
医療機関	調剤	調剤	調剤	調剤	調剤	調剤	調剤	調剤	調剤	調剤	調剤	調剤	調剤	調剤	調剤		
保険種別1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
入院	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
入院外	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
特	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
記	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17

機関番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
市区町村番号	2	7															
老人医療の受給者番号																	
公費負担者の番号①																	
公費負担者の番号②																	

記号	事由	種別	付記
1	請求決定誤	1. 明細書の計算誤り 2. 固定点数の誤り	点は 点に (概計、概計)
7	再審査	1. 保険者からのもの	点は 点に

**様式見本**  
この様式は日本工業規格 A 列 4 番です。

再審査申し立て理由

- 診療継続中と思われる初診料の算定について。
- 外来管理加算の算定について。
- 指導料(特・皮・難・薬・悪)等の算定は認められますか。
- 下記の投与期間に制限のある内服薬は認められますか。
- 継続中と思われる入院基本料について。
- 特別加算について
- その他

審査委員会で再審査の結果、次のとおり決定いたしました。

- 査定します。
- 返戻します。
- 次の理由により原審どおりとします。
  - 前疾病は治癒又は中止とみなされますので初診料の算定は妥当です。
  - 指導料等の算定要件に照らして妥当です。
  - 薬効上適応と認められます。
  - 薬剤の用法・用量からみて過剰とは認められません。
  - 傷病名に対する一般症状を勘案して妥当と認めます。
  - 傷病の診断確定、症状経過観察等に通常必要な検査です。
  - 診断料、検影料算定にあたり連の解釈とは考えられません。
  - 傷病名及び患部の範囲から判断して処置の回数、点数は妥当と認めます。
  - 傷病名、部位、実日数からみて「処置、手術、画像診断、検査」の算定は妥当です。
  - 算定は妥当と認めます。
  - その他

参考レセプトの有無 ( ) 科)

有 無

原本 枚・写し 枚 点は 点に

公費分点数 一部負担金額 患者負担額 →

修正区分	決定点数	負担金額	薬剤一部負担金額	食事療養費	日数	基準額	標準負担額	事務統計	特	統	過誤区分	過誤事由	交付区分	診療区分
保険														
公費①														
公費②														

診療月	保険者番号	表別	保険医療機関番号	入・外	市区町村番号	老人医療の受給者番号
審査月	被保険者番号			給付割合	公費負担者の番号①	公費負担者の番号②
		生年	1 2 3 4 年 月 日		公費負担者の番号①	公費負担者の番号②

修正区分	決定点数	負担金額	薬剤一部負担金額	食事療養費	日数	基準額	標準負担額	事務統計	特	統	過誤区分	過誤事由	交付区分	診療区分
保険														
公費①														
公費②														

兵庫県国民健康保険団体連合会

(4) 保険医療機関等からの再審査請求

ア 再審査の手続き

診療報酬請求について査定等を受け疑義のある場合は、再審査の申し出ができません。

再審査請求書等に必要事項を記載し、申し出理由を明記して、速やかに国保審査委員会会長あてに提出してください。

(国保連合会からの通知の内容等に御不明な点がありましたら、増減点返戻通知書については各地区担当係、保険者再審査用過誤付箋については再審査係、再審査請求要領については審査係へ連絡してください。)

各地区担当係 巻末に掲載の5の(3)「照会先の担当窓口及び電話番号」を御覧ください。

再審査係 TEL (078) 332-9537

審査係 TEL (078) 332-9527

イ 再審査請求要領(医科・歯科用を例示)

審査係へ連絡いただければ、用紙を送付いたします。

平成 年 月 日

保険医療機関コード番号及び名称

様

兵庫県国民健康保険団体連合会

業務管理部管理課審査係

TEL (078) 332-9527 直通

FAX (078) 332-9534

再審査請求要領について

1 再審査請求書の提出

再審査を申し出る場合は、再審査請求書(その1)、再審査請求一覧(その2)、再審査請求理由書(その3)に該当者の必要事項を記載し、国保連合会から郵送の増減点返戻通知書(写)又は過誤付箋(写)と共に審査委員会会長あてに提出してください。

2 様式への記載

(1) 再審査請求書(その1)

保険医療機関のコード番号、名称、所在地、開設者氏名、印、電話番号、FAX番号、事務担当者名を記入し、再審査方法のどちらかに○表示をしてください。

なお、面接を希望される場合は、希望の曜日と時間に○表示をし、出席される医師の氏名等を御記入ください。



保険医療機関再審査は、面接か書類のいずれか一回のみの申し出となりますので御留意願います。

(2) 再審査請求一覧 (その2)

レセプト記載と同様に必要な事項を一覧表へ御記入ください。

左端番号は通し番号とします。

旧総合病院等科目ごとに請求されている保険医療機関は、科目ごとに作成してください。

(3) 再審査請求理由書 (その3)

右肩番号欄の番号は、再審査請求一覧 (その2) に記載した番号と同じとします。

申し出箇所の再審査請求理由については具体的に記載し、説明のための必要な資料等があれば添付してください。

※ 資料返還を希望される場合は、再審査請求書 (その1) の項目に○表示し返還分の該当番号を記載願います。

### 3 面接の場合の留意事項

(1) 出席者は該当保険医療機関を代表する医師及び担当医師とします。

関係事務担当者等の出席を必要とする場合は、あらかじめ審査委員会会長の承認を必要とします。

ただし、事務担当者は審査に対する発言はできません。

(2) 説明に必要な資料 (カルテ等) を携行願います。

(3) 面接の日時等は、再審査請求書提出後、レセプト原本がそろい次第、国保連合会事務担当者から日程調整の連絡をさせていただきます。

なお、面接日決定後にやむを得ず出席できない場合は、書類審査の扱いとなりますので御承知ください。

### 4 その他

(1) 面接会場

神戸市中央区三宮町1丁目9番1-1801号

センタープラザ 15F

兵庫県国民健康保険団体連合会 面談室

\* 専用駐車場はございません。

(2) 増減点返戻通知書が届いた月の5日までは、当月審査のレセプトが国保連合会にありますので、文書を提出される前に電話 (増減点返戻通知書に記載の担当係) で再審査をする旨、連絡いただければレセプトを保険者へ送付せず国保連合会で保留し、再審査を早期に行うことが可能となります。



再審査請求書 (その1)

平成 年 月 日

国保審査委員会会長 様

保険医療機関

コード番号

名 称

所 在 地 〒

開 設 者 名

印

電 話 ( ) -

F A X ( ) -

事務担当者名

件について再審査を請求します。

再審査方法 面接・書類審査

希望の曜日と時間 月・火・水・木・金・土

14:00～ ・ 14:30～ ・ 15:00～ ・ 15:30～ ・ 16:00～

面接に出席される医師名

面接に出席される事務担当者名

添付資料の返還 する (番号 )

再審査請求一覧 (その2)

科目. \_\_\_\_\_ NO. \_\_\_\_\_

番号	診療年月	被保険者名	給付割合	入 外	保険者番号	請求点数
	提出年月				被保険者証番号	
					公費市町村番号	減点点数
					受給者番号	
1						
2						
3						
4						
5						

再審査請求理由書 (その3)

診療年月日	年	月	被保険者名		番号	
再審査請求理由						



# 審査相談申出書

平成 年 月 日

国保審査委員会会長 様

保険医療機関

コード番号

名 称

所在地 〒

開設者名 印

電 話 ( ) —

F A X ( ) —

事務担当者名

希望の曜日と時間 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土

14:00～ ・ 14:30～

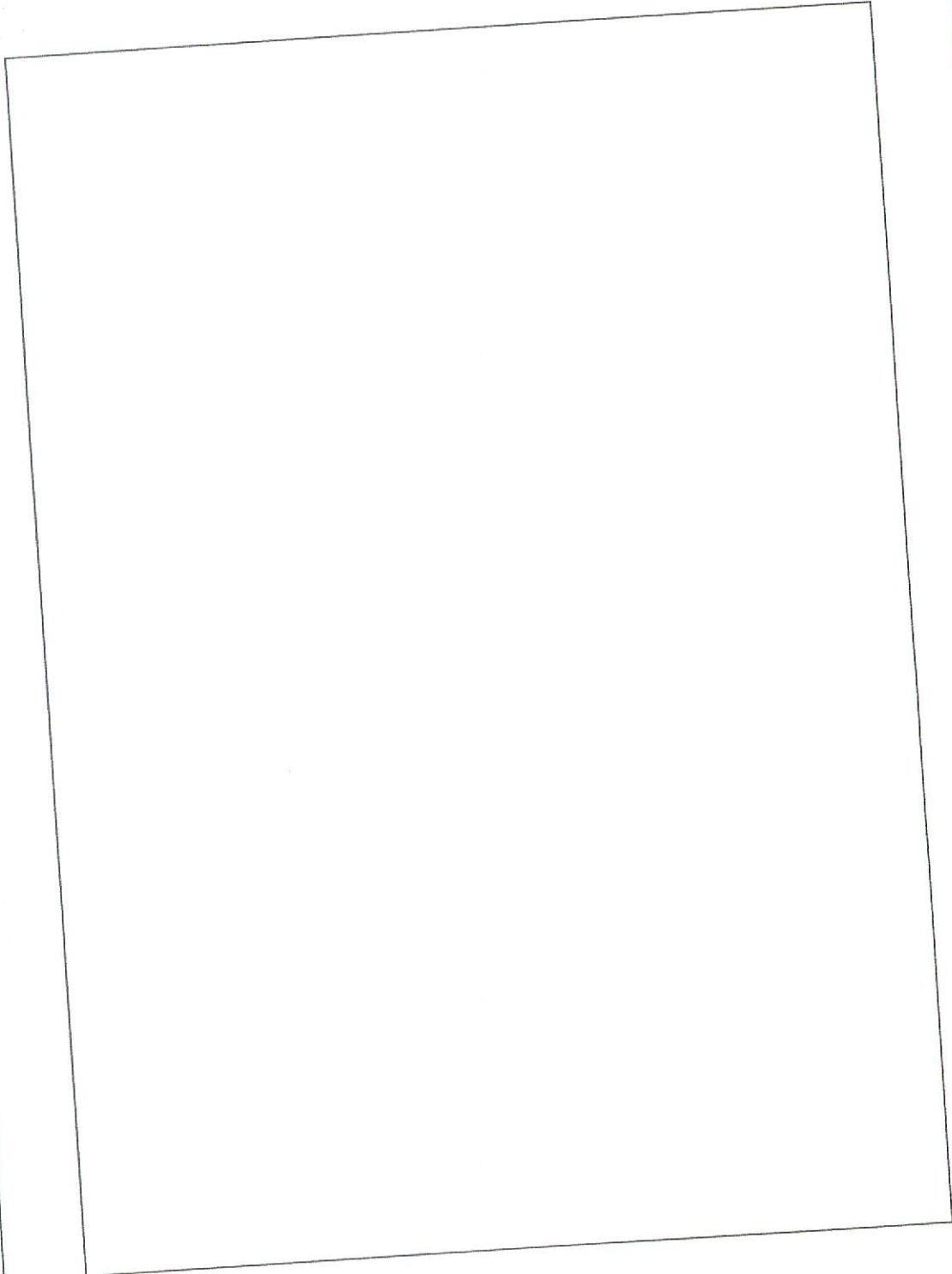
15:00～ ・ 15:30～

16:00～

審査相談に出席される医師名

審査相談に出席される事務担当者名

審査相談理由書



(5) 診療報酬等の支払い

ア 支払日

診療報酬等の支払いについては、請求書の審査が終わった日の属する月の翌月 27 日（その日が、休日に当たるときはその翌日、土曜日に当たるときはその前日）に指定銀行を通じて「保険医療機関等の請求及び受領に関する届」で届出いただいた口座に振り込みます。

国立の保険医療機関等にあつては、請求書の審査が終わった日の属する月の翌月末日までに指定銀行を通じ支払いをしています。

イ 診療報酬等当座口振込通知書及び保険医療機関等別診療報酬支払明細書（合計書）について

国保連合会は、源泉徴収を行いませんので、毎月送付する診療報酬等当座口振込通知書及び毎年 2 月 20 日頃送付する保険医療機関等別診療報酬支払明細書（合計書）を大切に保管してください。確定申告時に必要です。



様式電33号 **診療報酬等当座口振込通知書** 平成 年 月 日

支払額 円

事務処理費 円

(内訳)

	医療費	食事療養費
国一般	円	円
保退職	円	円
老健	円	円
高額	円	
公費	円	円
福祉	円	円
合計	円	円

医療機関コード

**様式見本**  
この様式は三つ折りメールシールラーです。

住所 氏名 様

診療年月 年 月 日 支払年月日 年 月 日

振込先 銀行 金庫 本店 支店

銀行支店番号 口座番号 種目

過誤額 円

件数	点数	食事療養費	件数	点数
一般		金額	件数	
退職		金額	福祉	
老健		金額	福祉	

※医療費+食事療養費+処理費±過誤額=支払額  
この通知書は税務申告に必要です。大切に保存下さい。

兵庫県国民健康保険団体連合会

エ 保険医療機関等別診療報酬支払明細書 (合計書)

様式電36号

保険医療機関等別診療報酬支払明細書(合計書)

平成 年 分

医療機関コード

住所

氏名

診療月	確定点数	食事療養費	支払金額	過誤調整額	事務処理費
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
合計					

**様式見本**  
この様式は三つ折りメーシールラーです。

診療報酬支払明細書(合計書)の内容について(お知らせ)

国保収入の確定申告につきましては、毎月  
の当座口座振込通知書から確定申告されるこ  
とになっておりますが、この「合計書」を使  
用される場合は、以下の点にご留意の上、税  
務申告時にご使用下さい。

- 1 この合計書には、年間の国保、退職、老  
人保健の確定点数、食事療養費、支払金  
額、過誤調整額及び事務処理費を月別に記  
載しています。
- 2 確定点数×10円(窓口負担含む)+食事  
療養費(標準負担額含む)=国保分の収入  
になります。
- 3 支払金額には、社保の福祉医療分が含ま  
れています。ただし、事務処理費は含まれ  
ていません。



(6) 過誤調整

ア 過誤調整

診療報酬等審査支払に関して、保険者、市町、実施主体者に対する請求確定額又は保険医療機関等に対する支払確定額を決定した後、請求額や支払額に変更が生じた場合は、その調整等を行い、過誤発生通知書（前記（3）保険者再審査イに掲載）及び過誤付箋で保険医療機関等へ通知します。

イ 過誤付箋

(様式電1-4)

## 過 誤 付 箋

依頼年月日 平成 年 月 日

◎保険医療機関又は保険者等（通知）用

平成 年 月 診療分診療報酬請求明細書等は、下記の理由により処理しましたので通知します。

保険医療機関名			被保険者名（受給者名）		表	別	保険種別1	保険種別2	入院	入院外	特	記
機関番号			市区町村		1	2	3	4	5	6	7	8
市町村番号			27		1	2	3	4	5	6	7	8
病院番号			老人医療の受給者番号		1	2	3	4	5	6	7	8
診療所番号			公費負担医療の受給者番号①		1	2	3	4	5	6	7	8
クリニック番号			公費負担医療の受給者番号②		1	2	3	4	5	6	7	8
歯科医院番号			公費負担医療の受給者番号③		1	2	3	4	5	6	7	8
薬局番号			公費負担医療の受給者番号④		1	2	3	4	5	6	7	8
病号			検査年月		1	2	3	4	5	6	7	8
1 2 3 4			年 月 日		1	2	3	4	5	6	7	8
明大昭平			年 月		1	2	3	4	5	6	7	8
1			電		1	2	3	4	5	6	7	8
2			算		1	2	3	4	5	6	7	8
3			処		1	2	3	4	5	6	7	8
4			理		1	2	3	4	5	6	7	8
5			番		1	2	3	4	5	6	7	8
6			号		1	2	3	4	5	6	7	8
7			保		1	2	3	4	5	6	7	8
8			險		1	2	3	4	5	6	7	8
9			者		1	2	3	4	5	6	7	8
10			名		1	2	3	4	5	6	7	8
11			簿		1	2	3	4	5	6	7	8
12			記		1	2	3	4	5	6	7	8

※この欄には記入しないで下さい。

1. 全点復活 2. 一部復活 3. 原簿どおり 4. その他

【決定点数】

入外	割合	請求点数	減点	減点	減点	減点
入	7					
・	8					
・	9					
外	10					

### 様式見本

この様式は日本工業規格A列4番です。

診察月	検査月	保険者番号	被保険者番号	表別	保険種別1	保険種別2	電算処理番号	特記

診察月	検査月	保険者番号	被保険者番号	表別	保険種別1	保険種別2	電算処理番号	特記

兵庫県国民健康保険団体連合会



ウ 診療報酬明細書返戻（取下げ）依頼書

診療報酬等を請求後、保険医療機関等から返戻を依頼する場合、診療報酬明細書返戻（取下げ）依頼書を提出してください。

なお、依頼した明細書が返戻されてから、正しい明細書を提出してください。

兵庫県国保連合会 様

診療報酬明細書返戻（取下げ）依頼書

【保険医療機関】 依頼日 年 月 日

コード番号	2	8					1 医科	3 歯科	4 調剤	5 施設	6 看護
所在地 名称 設置者氏名 電話番号	(内線 担当者)										

下記レセプトを返戻してください。

記

診療年月	年 月 分	明細書請求年月	年 月			
保険者番号		公費負担者番号				
記号・番号		受給者番号				
患者氏名		区分	診療科	本人 家族	入院 外来	割
請求点数	点	実日数	日	老人一部負担金	円	
申し出理由						

診療年月	年 月 分	明細書請求年月	年 月			
保険者番号		公費負担者番号				
記号・番号		受給者番号				
患者氏名		区分	診療科	本人 家族	入院 外来	割
請求点数	点	実日数	日	老人一部負担金	円	
申し出理由						

診療年月	年 月 分	明細書請求年月	年 月			
保険者番号		公費負担者番号				
記号・番号		受給者番号				
患者氏名		区分	診療科	本人 家族	入院 外来	割
請求点数	点	実日数	日	老人一部負担金	円	
申し出理由						

様式見本

この様式は日本工業規格 A 列 4 番です。

診療年月	年 月 分	明細書請求年月	年 月			
保険者番号		公費負担者番号				
記号・番号		受給者番号				
患者氏名		区分	診療科	本人 家族	入院 外来	割
請求点数	点	実日数	日	老人一部負担金	円	
申し出理由						

診療年月	年 月 分	明細書請求年月	年 月			
保険者番号		公費負担者番号				
記号・番号		受給者番号				
患者氏名		区分	診療科	本人 家族	入院 外来	割
請求点数	点	実日数	日	老人一部負担金	円	
申し出理由						

\* お願  
い  
七  
保  
同  
一  
保  
険  
行  
依  
頼  
書  
を  
提  
出  
し  
て  
く  
だ  
さ  
い。  
知  
り  
ま  
さ  
に  
お  
申  
上  
り  
な  
さ  
い。  
お  
申  
上  
り  
の  
レ  
セ  
プ  
ト  
に  
お  
き  
て  
ご  
申  
上  
り  
な  
さ  
い。  
お  
申  
上  
り  
の  
レ  
セ  
プ  
ト  
に  
お  
き  
て  
ご  
申  
上  
り  
な  
さ  
い。  
お  
申  
上  
り  
の  
レ  
セ  
プ  
ト  
に  
お  
き  
て  
ご  
申  
上  
り  
な  
さ  
い。

5 その他

(1) 兵庫県国民健康保険・保険者等一覧表

兵庫県国民健康保険・保険者等一覧表(1/2)

平成15年4月1日現在

保 険 者 名	保険者番号	結子・精神 (患者負担)			保 険 者 名	保険者番号	結子・精神 (患者負担)		
		32条	34条	35条			32条	34条	35条
(神戸市)	284000				(揖保郡)				
東灘区	284018	○	○	○	新宮町	280412			○
灘区	284026	○	○	○	太子町	280420			○
中央区	284034	○	○	○	揖保川町	280438			○
兵庫区	284059	○	○	○	御津町	280446			○
長田区	284067	○	○	○	(赤穂郡)				
須磨区	284075	○	○	○	上郡町	280453			○
垂水区	284083	○	○	○	(佐用郡)				
北須磨支所区	284091	○	○	○	佐用町	280461			○
西須磨支所区	284109	○	○	○	上月町	280479			○
	284117	○	○	○	南光町	280487			○
					三日町	280495			○
姫路市	280024	○	○		(宍粟郡)				
尼崎	280032	○	○		山崎町	280503			
石川	280040	○	○		安富町	280511			
西宮	280057	○	○		宮宮町	280529			
本宮	280065	○	○		波賀町	280537			
芦屋	280073	○	○	○	千種町	280545			
伊丹	280081	○	○		(城崎郡)				
相模	280099	○	○		城崎町	280552			
豊岡	280107	○	○		竹野町	280560			
加古川	280115	○	○		香住町	280578			
龍野	280123	○	○		高日町	280586			
赤穂	280131	○	○		(出石郡)				
西脇	280149	○	○		出石町	280594			
宝塚	280156	○	○	○	但東町	280602			
高砂	280164	○	○		(美方郡)				
高川	280172	○	○		村岡町	280610			
小野	280180	○	○	○	浜坂町	280628			
三田	280198	○	○		美方町	280636			
加西	280206	○	○		温泉町	280644			
篠山	280214	○	○		(養父郡)				
	280792	○	○		八鹿町	280651			
(川辺郡)					養父町	280669			
猪名川町	280222				大屋町	280677			
(美嚢郡)					関宮町	280685			
吉川町	280230			○	(朝来郡)				
(加東郡)					生野町	280693			
社野町	280248			○	和田山町	280701			
滝野町	280255			○	山東町	280719			
東条町	280263			○	朝来町	280727			
(多可郡)					(水上郡)				
中加美町	280271			○	柏原町	280735			
加美町	280289			○	七垣町	280743			
八千代町	280297			○	青丘町	280750			
黒田庄町	280305			○	春日町	280768			
(加古郡)					山南町	280776			
稲美町	280313			○	市島町	280784			
播磨町	280321			○	(津名郡)				
(飾磨郡)					津名町	280859			○
家島町	280347	○	○		東浦町	280867			○
夢前町	280354	○	○		淡路町	280875			○
(神崎郡)					淡北町	280883			○
神崎町	280362	○	○		五宮町	280891			○
市川町	280370	○	○		(三原郡)				
香寺町	280388	○	○		緑町	280917			○
福崎町	280396	○	○		西淡町	280925			○
大河内町	280404	○	○		三原町	280933			○
					南淡町	280941			○

\*保険者名・保険者番号・一部負担金等は、被保険者証・高齢受給者証等の記載により確認してください。



## 兵庫県国民健康保険・保険者等一覧表(2/2)

平成15年4月1日現在

保 険 者 名	保険者番号	一部負担金の割合 (窓口徴収率)		結子・精神 (患者負担)		
		組 合 員	そ の 他	32条	34条	35条
(国保組合)						
兵 庫 食 糧	283010	2	3			
明 石 浦	283028	2	3 (従業員2)			
神戸中央卸売市場	283036	2	3			
兵 庫 県 食 品	283051	甲種組合員3 乙種組合員3	3			
兵庫県歯科医師	283069	甲種本人入院2 甲種本人外来2 乙種本人入院2 乙種本人外来3	甲種家族入院2 甲種家族外来3 乙種家族入院3 乙種家族外来3			
兵 庫 県 医 師	283077	2 準組合員2	3 (入院診療2)	○	○	○
兵庫県薬剤師	283085	2	3			
兵庫県建設	283093	2	3			
(全国組織の国保組合)						
* 全国土木建築	133033	3	3	○	○	○
* 全国建設工事業	133298	3	3			

\*印の全国組織の国保組合は、県内保険者と同様に扱ってください。

### 一部負担金割合等

- (1) 市・郡部の保険者 … 世帯主・非世帯主とも3割
- (2) 3歳未満 … 2割
- (3) 高齢受給者 … 高齢受給者証に示す割合 (1割又は2割)
- (4) ○印は結核予防法 (第34条、第35条)、精神保健法 (第32条) の患者負担はありません。

法別 番号	医 療 種 別	法別 番号	医 療 種 別
67	退職者医療	23	母子保健 (養育医療)
27	老人保健	28	一類感染症等の患者の入院
10	結核予防法第34条	29	新感染症の患者の入院
11	結核予防法第35条	41	老人医療 (県)
12	生活保護法	42	老人医療 (市・町)
13	戦傷病者 (療養の給付)	51	特定疾患治療費 (特)
14	戦傷病者 (更正医療)	52	小児慢性治療費 (特)
15	身体障害 (更正医療)	53	児童福祉法 (措置児童医療)
16	児童福祉 (育成医療)	80	乳幼児医療 (県)
17	児童福祉 (療育の給付)	81	乳幼児医療 (市・町)
18	原爆医療 (認定医療)	82	身障医療 (県)
19	原爆医療 (一般医療)	83	身障医療 (市・町)
20	精神保健法第29条(措置入院)	85	母子家庭等医療費 (県)
21	精神保健法第32条(通院患者)	86	難病特疾治療 (難)
22	麻薬取締法		

\*保険者名・保険者番号・一部負担金等は、被保険者証・高齢受給者証等の記載により確認してください。

- ◎ 診療報酬の受付締切日は、毎月10日です。
- ◎ 提出協力日、毎月8日 (平日のみ)

### 兵庫県国民健康保険団体連合会

〒650-0021

神戸市中央区三宮町1丁目9番1-1801号

(センタープラザ13階、15階、16階、17階、18階)

TEL (078) 332-5601 (代表)

FAX (078) 332-0986



(2) 診療報酬等受付場所

区 分	地 区	受付階	担 当
医 科	16階・17階（地区別受付です。下表を御覧ください。）		
歯 科	全地区	17階	業務第1課第3係
調 剤	全地区	13階	業務第1課第4係
医療保険の 訪問看護	全地区	17階	業務第1課第2係

医科地区別受付一覧表

	地 区	階	担当		地 区	階	担当
ア	相生市	17階	1課	ス	須磨区	17階	3課
	明石市	16階	2課		洲本市	17階	1課
	赤穂郡	16階	2課	タ	多可郡	17階	3課
	赤穂市	16階	2課		高砂市	17階	3課
	朝来郡	17階	1課		宝塚市	17階	3課
	芦屋市	16階	2課		龍野市	17階	1課
	尼崎市	16階	2課		垂水区	17階	1課
イ	出石郡	16階	2課	チ	中央区	17階	3課
	伊丹市	17階	3課		津名郡	17階	3課
	揖保郡	17階	3課	ト	豊岡市	17階	3課
オ	小野市	17階	1課	ナ	長田区	17階	3課
カ	加古川市	16階	2課	ニ	灘 区	17階	3課
	加古郡	17階	1課		西 区	17階	3課
	加西市	17階	3課		西宮市	17階	3課
	加東郡	17階	3課		西脇市	16階	2課
	川西市	17階	3課	ヒ	東灘区	16階	2課
	川辺郡	16階	2課		氷上郡	16階	2課
	神崎郡	17階	3課		姫路市	17階	1課
キ	北 区	17階	1課	ミ	兵庫区	16階	2課
	城崎郡	16階	2課		美方郡	17階	3課
サ	篠山市	17階	3課	ヤ	三木市	16階	2課
	佐用郡	17階	1課		美囊郡	16階	2課
	三田市	17階	3課		三原郡	17階	3課
シ	飾磨郡	17階	1課	ヤ	養父郡	16階	2課
	宍粟郡	17階	3課				

## (3) 照会先の担当窓口及び電話番号

(平成15年4月1日現在)

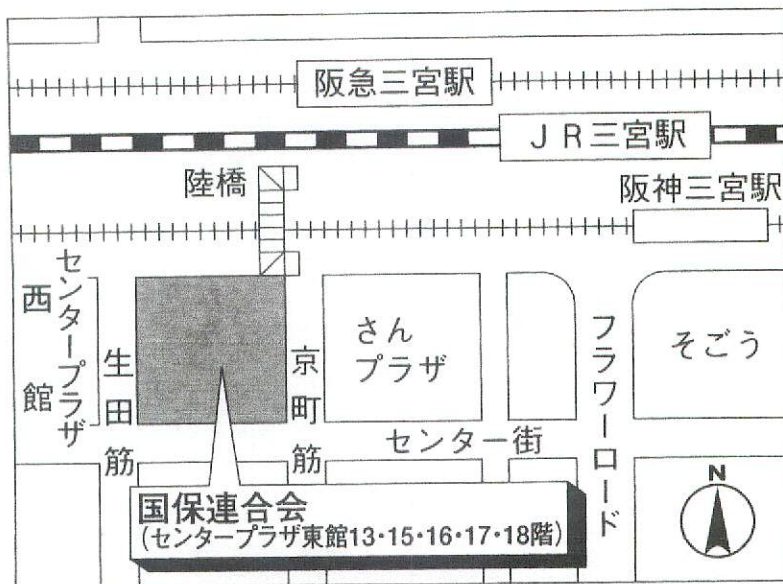
	地 区 名	担 当 課 係 名	直通電話番号
診療報酬等請求書・同明細書の請求及び審査に関すること	医科 35 飾磨郡 37 佐用郡 40 姫路市 42 相生市	業務第1課第1係	(078) 332-9507
	医科 08 垂水区 15 洲本市 19 小野市 28 加古郡 36 龍野市 49 朝来郡 50 北 区 医療保険の訪問看護	業務第1課第2係	(078) 332-9508
	歯科 全地区	業務第1課第3係	(078) 332-9509
	調剤 全地区	業務第1課第4係	(078) 332-9548
	医科 01 東灘区 18 西脇市 20 明石市 45 城崎郡 48 養父郡	業務第2課第1係	(078) 332-9513
	医科 13 氷上郡 30 尼崎市 32 川辺郡 39 赤穂郡 46 出石郡	業務第2課第2係	(078) 332-9514
	医科 05 兵庫区 10 芦屋市 22 加古川市 23 三木市 24 美囊郡 43 赤穂市	業務第2課第3係	(078) 332-9515
	医科 27 多可郡 31 川西市 34 神崎郡 38 宍粟郡 51 中央区	業務第3課第1係	(078) 332-9516
	医科 02 灘 区 09 西宮市 17 三原郡 26 加西市	業務第3課第2係	(078) 332-9517
	医科 06 長田区 07 須磨区 11 宝塚市 14 篠山市 16 津名郡 41 揖保郡	業務第3課第3係	(078) 332-9518
	医科 12 三田市 21 高砂市 25 加東郡 33 伊丹市 44 豊岡市 47 美方郡 52 西 区	業務第3課第4係	(078) 332-9519
保険医療機関等の請求及びコンピュータレセプトの申請に関すること	管理課管理係	(078) 332-5633	
審査委員会及び保険医療機関等再審査に関すること	管理課審査係	(078) 332-9527	
過誤調整に関すること 依頼返戻に関すること	管理課調整係	(078) 332-9530	
保険者再審査に関すること	管理課再審査係	(078) 332-9537	
診療報酬等の支払いに関すること 請求及び受領に関する届けに関すること	電算課請求支払係	(078) 332-9532	
介護給付費審査委員会に関すること	介護保険課管理係	(078) 332-5680	
介護給付費等の請求に関する審査支払等に関すること	介護保険課審査支払係	(078) 332-5618	

「コックン」は、人をはじめ、すべての生命の根源である「地球」をモチーフに、すべての人に親しまれる「健康と幸せ、心と体」のシンボルとして表現しています。

国保キャラクター「コックン」



## 兵庫県国保連合会略図



## 兵庫県国民健康保険団体連合会

住所 〒650-0021  
神戸市中央区三宮町1丁目9番-1-1801号  
TEL (078) 332-5601 (代表)  
<http://www.kokuhoren-hyogo.or.jp>