事　務　連　絡
平成２０年４月１５日

各保険医療機関　御中

徳島県国民健康保険団体連合会

制度改正に伴う診療（調剤）報酬請求総括送付書・
診療報酬請求書の変更について（依頼）

平素は、本会の審査支払業務の運営につい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、平成２０年３月２７日付厚生労働省告示第１２６号による請求省令の改正に伴い、平成２０年４月診療分より、従来の診療（調剤）報酬請求総括送付書・診療報酬請求書様式を別添のとおり変更しますので、事務処理について、下記のとおりご協力いただきますようお願いします。

記

１．診療報酬請求総括送付書・診療報酬請求書の変更について
　国民健康保険　【様式第六】
　　一般被保険者 70 歳以上 9 割→一般被保険者 70 歳以上一般・低所得
　　一般 3 歳未満（003）→一般 6 歳（006）
　　退職者 70 歳以上 9 割（679）→削除
　　退職者 70 歳以上 7 割（677）→削除
　　退職 3 歳未満（673）→退職 6 歳（676）
　老人保健→後期高齢者医療　【様式第八】
　　老人 9 割（279）→後期高齢 9 割（399）
　　老人 7 割（277）→後期高齢 7 割（397）

２．請求書については、後期高齢者医療は、徳島県後期高齢者医療広域連合（39360003）として１枚で請求してください。ただし、保険者番号順で編綴して下さい。

県外分についても各県後期高齢者医療広域連合として編綴をお願いします。
各県後期高齢者医療広域連合の番号については、別紙１を参照下さい。

３．月遅れの 70 歳以上の退職者（679・677）や老人保健（279・277）については、国民健康保険【様式第六】の公費負担医療欄に記載して下さい。

４．編綴方法については、別紙２を参照下さい。

＊　なお、従前の様式も当分の間使用できるものとします。

担当：審査課
電話：088-666-0114

別紙１

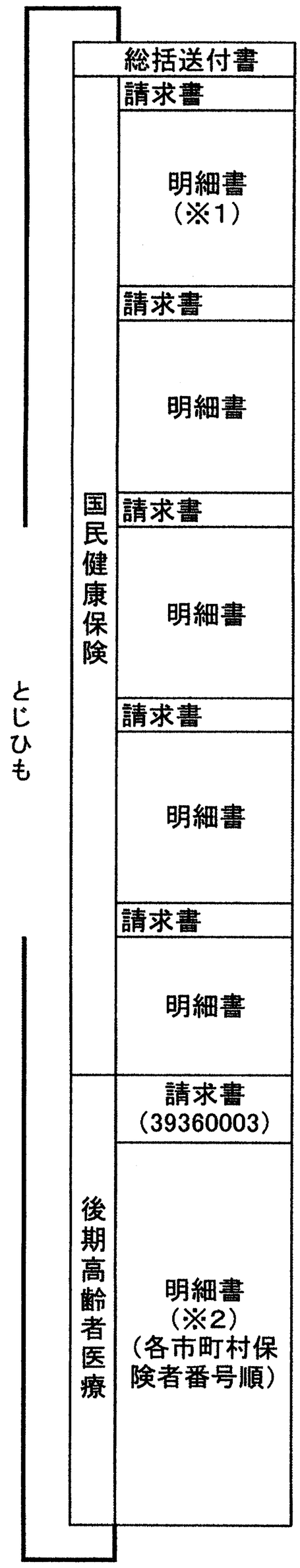
後期高齢者医療広域連合番号

都道府県名	広域連合番号	都道府県名	広域連合番号
北海道	39010004	滋賀県	39250006
青森県	39020003	京都府	39260005
岩手県	39030002	大阪府	39270004
宮城県	39040001	兵庫県	39280003
秋田県	39050000	奈良県	39290002
山形県	39060009	和歌山県	39300009
福島県	39070008	鳥取県	39310008
茨城県	39080007	島根県	39320007
栃木県	39090006	岡山県	39330006
群馬県	39100003	広島県	39340005
埼玉県	39110002	山口県	39350004
千葉県	39120001	徳島県	39360003
東京都	39130000	香川県	39370002
神奈川県	39140009	愛媛県	39380001
新潟県	39150008	高知県	39390000
富山県	39160007	福岡県	39400007
石川県	39170006	佐賀県	39410006
福井県	39180005	長崎県	39420005
山梨県	39190004	熊本県	39430004
長野県	39200001	大分県	39440003
岐阜県	39210000	宮崎県	39450002
静岡県	39220009	鹿児島県	39460001
愛知県	39230008	沖縄県	39470000
三重県	39240007		

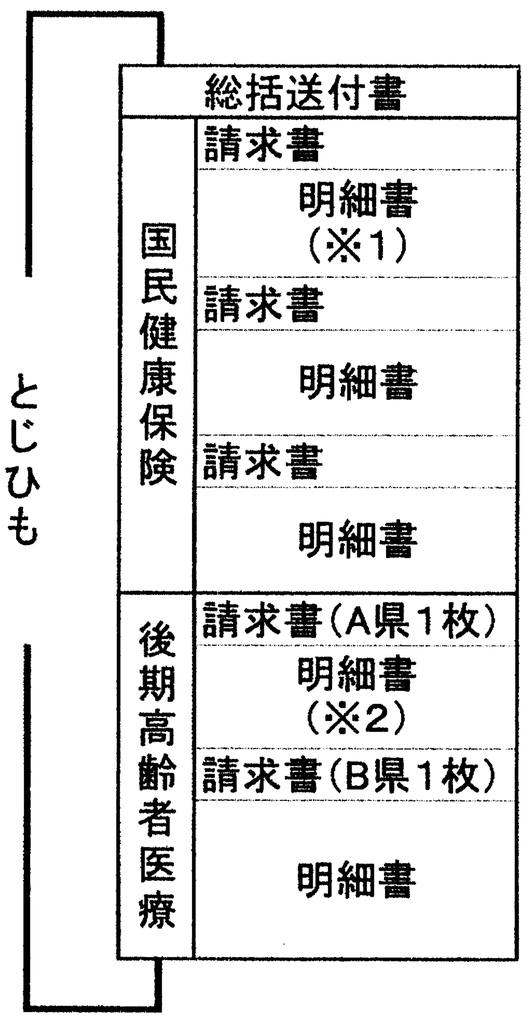
別紙 2

徳島県国民健康保険団体連合会へ請求の編綴方法

県内分



県外分（別綴）



（※1） 明細書の順序

国保一般 （00）		
9割（70歳以上）	入院	併用
		単独
	外来	併用
		単独
7割（70歳以上）	入院	併用
		単独
	外来	併用
		単独
一般	入院	併用
		単独
	外来	併用
		単独
6歳	入院	併用
		単独
	外来	併用
		単独
退職者分 （67）		
本人	入院	併用
		単独
	外来	併用
		単独
被扶養者	入院	併用
		単独
	外来	併用
		単独
6歳	入院	併用
		単独
	外来	併用
		単独

（※2） 明細書の順序

9割（後期高齢）	入院	併用（※3）
		単独（※3）
	外来	併用
		単独
7割（後期高齢）	入院	併用
		単独
	外来	併用
		単独

（※3）順序

入院	併用	徳島市（39362017）
		鳴門市（39362025）
		小松島市（39362033）
		↓
	単独	徳島市（39362017）
		鳴門市（39362025）
		小松島市（39362033）
		↓

県内専用

平成　　年　　月分診療（調剤）報酬請求総括送付書NO．1

平成　　年　　月　　日提出

受付印

担当	

府　県		医療機関コード
3	6	

審　査

〒	保険医療機関の所在地	名　称	開設者氏名

				療養の給付				食事療養・生活療養			
				件数	日数	点数	一部負担金	件数	回数	金額	標準負担額
国民健康保険	一般被保険者 70歳以上一般低所得		入院				円			円	円
			入院外								
	一般被保険者 70歳以上7割		入院								
			入院外								
	一般被保険者		入院								
			入院外								
	一般被保険者 6歳		入院								
			入院外								
	退職者	本人	入院								
			入院外								
		被扶養者	入院								
			入院外								
		6歳	入院								
			入院外								
後期高齢者	後期高齢9割		入院								
			入院外								
	後期高齢7割		入院								
			入院外								

公費負担医療		入院								
		入院外								
		入院								
		入院外								
		入院								
		入院外								
		入院								
		入院外								
		入院								
		入院外								
		入院								
		入院外								
		入院								
		入院外								

※　　の欄は記入しないでください。

県外専用

平成　　年　　月分診療(調剤)報酬請求総括送付書NO. 1

平成　　年　　月　　日提出

受付印

担当	

府　県		医療機関コード
3	6	

審　査

〒	保険医療機関の所在地	名　称	開設者氏名

			療養の給付				食事療養・生活療養			
			件数	日数	点数	一部負担金	件数	回数	金額	標準負担額
国民健康保険	一般被保険者 70歳以上一般 低所得	入院				円			円	円
		入院外								
	一般被保険者 70歳以上7割	入院								
		入院外								
	一般被保険者	入院								
		入院外								
	一般被保険者 6歳	入院								
		入院外								
	退職者 本人	入院								
		入院外								
	退職者 被扶養者	入院								
		入院外								
	退職者 6歳	入院								
		入院外								
後期高齢者	後期高齢9割	入院								
		入院外								
	後期高齢7割	入院								
		入院外								

公費負担医療		入院								
		入院外								
		入院								
		入院外								
		入院								
		入院外								
		入院								
		入院外								
		入院								
		入院外								
		入院								
		入院外								
		入院								
		入院外								

※　　の欄は記入しないでください。

No. 1

平成　　年　　月分診療報酬請求書（医科）

保険者

（別　記）　殿

保険医療機関の
所在地及び名称

開設者氏名　　㊞

下記のとおり請求する。

保険者番号	県番号	医療機関コード

表別	
医科	1

平成　　年　　月　　日

国民健康保険

様式第六

					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
00	9	一般七〇歳以上（一般・低所得）	請求	入院				円			円	円
				入院外								
			※決定	入院								
				入院外								
00	7	一般（七〇歳以上七割）	請求	入院								
				入院外								
			※決定	入院								
				入院外								
00	0	一般被保険者	請求	入院								
				入院外								
			※決定	入院								
				入院外								
00	6	一般（六歳）	請求	入院								
				入院外								
			※決定	入院								
				入院外								
67	0	退職（本人）	請求	入院								
				入院外								
			※決定	入院								
				入院外								
67	1	退職（被扶養者）	請求	入院								
				入院外								
			※決定	入院								
				入院外								
67	6	退職（六歳）	請求	入院								
				入院外								
			※決定	入院								
				入院外								

注意　※印の欄は記入しないこと。

備考　この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。

No. 2

平成　　年　　月分診療報酬請求書（医科）

保険者番号	県番号	医療機関コード

保険医療機関の
所在地及び名称

開設者氏名

公費負担医療

			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（公費分）
	請求	入院				円			円	円
		入院外								
	※決定	入院				円				
		入院外								
	請求	入院				円				
		入院外								
	※決定	入院				円				
		入院外								
	請求	入院				円				
		入院外								
	※決定	入院				円				
		入院外								
	請求	入院				円				
		入院外								
	※決定	入院				円				
		入院外								
	請求	入院				円				
		入院外								
	※決定	入院				円				
		入院外								
	請求	入院				円				
		入院外								
	※決定	入院				円				
		入院外								
	請求	入院				円				
		入院外								
	※決定	入院				円				
		入院外								

備考

※高額療養費	一般被保険者	件数		退職者	件数	
		金額	円		金額	円

注意　※印の欄は記入しないこと。

備考　この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。

様式第八

平成　　年　　月分診療報酬請求書（医科）

広域連合	県番号	医療機関コード

保険医療機関の所在地及び名称

広域連合殿
下記のとおり請求する。

開設者氏名　　㊞

平成　　年　　月　　日

表別	
医科	1

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
39	9	後期高齢九割	請求	入院				円			円	円
				入院外								
			※決定	入院								
				入院外								
39	7	後期高齢七割	請求	入院								
				入院外								
			※決定	入院								
				入院外								

公費負担医療

			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（公費分）
	請求	入院				円			円	円
		入院外								
	※決定	入院								
		入院外								
	請求	入院								
		入院外								
	※決定	入院								
		入院外								
	請求	入院								
		入院外								
	※決定	入院								
		入院外								
	請求	入院								
		入院外								
	※決定	入院								
		入院外								

備考

※高額療養費	件数	
	金額	円

注意　※印の欄は記入しないこと。
備考　この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。