

国民健康保険請求の手引

(医科・歯科)
平成16年4月現在

| 市 | 保険者名 | 保険者番号 | 電話番号 | 給付割合 | 証の記号・番号 |
|------|--------|--------------|---------------|--------------|---------|
| 高知市 | 高知市 | 390013 | 088(823)9360 | 7割 | 退職 |
| | 室戸市 | 390021 | 0887(22)5133 | | |
| | 安芸市 | 390039 | 0887(35)1002 | | |
| | 南国市 | 390047 | 0888(880)6556 | | |
| | 土佐市 | 390054 | 0888(852)1113 | | |
| | 須崎市 | 390062 | 0889(42)1191 | | |
| | 中村市 | 390070 | 0880(34)1114 | | |
| | 土佐清水市 | 390088 | 0880(82)1111 | | |
| | 宿毛市 | 390096 | 0880(63)1112 | | |
| | 東洋町 | 390203 | 0887(29)3111 | | |
| 安芸郡 | 奈半利町 | 390211 | 0887(38)8181 | | |
| | 田野町 | 390229 | 0887(38)2813 | | |
| | 安田町 | 390237 | 0887(38)6712 | | |
| | 北川村 | 390245 | 0887(32)1214 | | |
| | 馬陸村 | 390252 | 08874(4)2112 | | |
| | 芸西村 | 390260 | 0887(33)2111 | | |
| | 土佐山田町 | 390302 | 0887(53)3115 | | |
| | 香北町 | 390310 | 0887(59)2963 | | |
| | 香我美町 | 390328 | 0887(55)2113 | | |
| | 夜須町 | 390336 | 0887(55)3141 | | |
| 香美郡 | 赤岡町 | 390344 | 0887(55)3112 | | |
| | 野市町 | 390351 | 0887(56)3911 | | |
| | 吉川村 | 390369 | 0887(55)3120 | | |
| | 物部村 | 390377 | 0887(58)3111 | | |
| | 本川村 | 390407 | 0888(869)2114 | | |
| | 大川村 | 390419 | 0887(84)2211 | | |
| | 土佐町 | 390427 | 0887(82)1110 | | |
| | 土佐山村 | 390435 | 0888(895)2311 | | |
| | 鏡村 | 390443 | 0888(896)2001 | | |
| | 長岡郡 | 本山町 | 390500 | 0887(76)2113 | |
| 大豊町 | | 390518 | 0887(72)0450 | | |
| 伊野町 | | 390609 | 0888(893)1117 | | |
| 池川町 | | 390617 | 0889(34)2112 | | |
| 香野町 | | 390625 | 0888(894)6766 | | |
| 香北村 | | 390633 | 0888(867)2312 | | |
| 香川村 | | 390641 | 0889(35)1088 | | |
| 佐川町 | | 390708 | 0889(22)7706 | | |
| 越知町 | | 390716 | 0889(26)1170 | | |
| 中土佐町 | | 390724 | 0889(52)2213 | | |
| 高岡郡 | 窪川町 | 390732 | 0880(22)3111 | | |
| | 日高村 | 390740 | 0889(24)5112 | | |
| | 粟山村 | 390757 | 0889(55)2314 | | |
| | 仁淀村 | 390765 | 0889(32)1110 | | |
| | 大野見村 | 390773 | 0889(57)2022 | | |
| | 東津野村 | 390781 | 0889(62)2313 | | |
| | 橋原町 | 390799 | 0889(65)1170 | | |
| | 佐賀町 | 390807 | 0880(55)3112 | | |
| | 大方町 | 390815 | 0880(43)2800 | | |
| | 大正町 | 390823 | 0880(27)0112 | | |
| 幡多郡 | 大月町 | 390831 | 0880(73)1111 | | |
| | 十和村 | 390849 | 0880(28)5111 | | |
| | 西土佐村 | 390856 | 0880(52)1111 | | |
| | 三原村 | 390864 | 0880(46)2827 | | |
| | 芸師国保 | 393025 | 088(824)8366 | | |
| | 全国国保 | 093013 | 088(824)3400 | | |
| | 中央建設 | 133264 | 03(3200)1155 | | |
| | 全国土木 | 133033 | 087(851)0921 | | |
| | 全国建設工業 | 133298 | 03(5652)7001 | | |
| | 中四薬剤師 | 333039 | 086(231)1738 | | |
| 建設連合 | 233064 | 03(3504)1241 | | | |
| 全国左官 | 133231 | 03(3269)4778 | | | |
| 全国板金 | 133280 | 03(6230)3090 | | | |

請求書及び明細書の編綴要領

請求書と明細書は次の要領で編綴してください。全国歯科、中央建設、全国土木、全国建設工業は県内分と同じ取り扱いです。

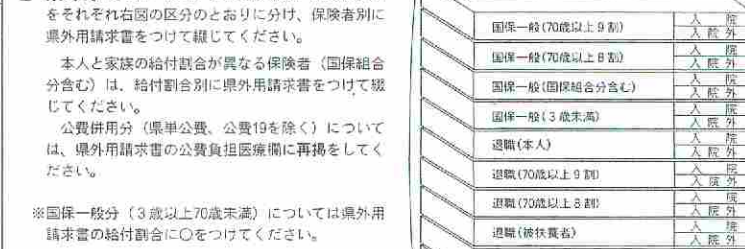
- 1 県内分は国保一般分(公費併用と高齢受給者と3歳未満を含む)、老人保健分、退職者医療分(公費併用と高齢受給者と3歳未満を含む)をそれぞれ保険者毎に、入院、入院外別に縦じり、請求書を一番上に添付してください。
国保一般分(公費併用を含む)の国保組合分については、給付割合が同じ場合でも「本人」分と「本人以外(高齢受給者と3歳未満を含む)」分を別々に縦じりしてください。



福祉医療費等

- 福祉医療費(母)(乳)(障)(高齢)(幼)請求書、健康診査費(妊婦・乳児)、予防接種請求書(イ)(三)(二)(麻)(風)(日)(B)の編綴と集計方法について
- 国保の診療報酬請求書を集計する診療報酬請求書とは別の請求書に、「母子(43)」「乳児(45)・障害(46)」「高齢障害(47)」「幼児(48)」「妊婦(70)・乳児(71)」「インフル(80)」「三種(81)・二種(82)」「麻疹(83)」「風疹(84)」「日誌(86)」「B.C.G.(87)」を、それぞれまとめて件数、点数、金額等の合計を集計してください。
- 特別療養費(国保被保険者資格証明書による療養分)の取り扱いについて
- 特別療養費の明細書は、特別療養費と上部余白へ朱書きし、県内・県外にかかわらず通常請求している診療報酬明細書分の中には縦じりせず、別に提出してください。(請求書の添付は不要です)
- 県内保険者分の中に老人(負担)市町村が県外であるもの及び、公費負担医療が県外であるものは、県外用請求書をつけて縦じりしてください。
- OCR打ち出しレセプトの編綴方法について(お買い)
- ① 各保険者毎の入院、入院外別にそれぞれ編綴してください。
- ② 入院外レセプトのうち2号紙(付箋等)を貼付したレセプトについては各保険者の上部にまとめて編綴してください。
- ③ OCRデータに係る内容を手書きで訂正又は、加筆したレセプトはOCRエリアを「」で抹消してください。

県外



交通事故等の表示

交通事故等による明細書には、特記事項欄に10・第三または⑩の表示を行うとともに、事故に関係のない疾病分に下線を引き、摘要欄に交通事故対象点数を記載してください。
電話求償係 (088) 820-8415

診療報酬等請求明細書(レセプト)受付締切日

国保診療報酬等請求明細書(レセプト)の受付締切日は次のとおりとなっています。

| 請求月 | レセプト受付締切日(持参分) |
|-------|----------------|
| 16年4月 | 12日(月) 午前中 |
| 5月 | 10日(月) |
| 6月 | 10日(木) |
| 7月 | 12日(月) 午前中 |
| 8月 | 10日(火) |

- 受付締切日は厳守してください。
- 郵送分は毎月10日の消印まで有効です。(なるべく書留をお願いします)

◎ 本展覧 交通事故等による明細書及び請求書等によるものについては、遅くとも診療報酬請求書の提出時までに提出してください。

平成 年 月分 診療報酬請求書 (医科・歯科)

(の)

保険者 (別記) 様

下記のとおり請求します。

平成 年 月 日

医療機関の名称
及び番号
所在地及び番
号氏名
電話開設者氏名

⑩

| 医療機関 コード | 制度区分 国老退 保健職 1 3 4 5 | その 他 5 | 保険者 番号 | 本 ・ 家 の 別 | 入 ・ 外 区 分 | 件 数 | 点 数 | 公費 分 点 数 ① と 同 点 数 ② の 欄 の 点 数 (各法の合計) | 一 部 負 担 金 | 食 事 療 養 費 | | | 備 考 |
|-------------|-------------------------------|--------------|-----------|-----------------------|-----------------------|--------|--------|---|-----------------------|-----------|-----|-------|-----|
| | | | | | | | | | | 件 数 | 金 額 | 標準負担額 | |
| | | | | | | | | | | 1 | 3 | 4 | |
| | | | | | 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 | | | | | | | | |
| | | | | | 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 | | | | | | | | |
| | | | | | 入院 入院外 | | | | | | | | |
| | | | | | 入院 入院外 | | | | | | | | |
| | | | | | 入院 入院外 | | | | | | | | |
| | | | | | 入院 入院外 | | | | | | | | |

| | | | | |
|--------------------|---------|---|-----|---|
| 原 計 (その他を除く) | 入院 | 件 | 入院外 | 件 |
| | 国保・退職の計 | | | |
| | 老人保健の計 | | | |

- 「本・家の別」の欄は、「国保」のうち国保組合の本人分に○印を記入してください。
- 合計は、請求書が2枚以上であるときは、最後の1枚へ記入してください。
- 母子(43)・乳児(45)＋障害(46)・高齢障害(47)・幼児(48)・妊婦(70)＋乳児(71)・インフル(80)・三種(81)＋二種(82)・麻疹(83)・風疹(84)＋(85)日脳(86)・BCG(87)は国保の診療報酬明細書を集計する診療報酬請求書とは別に請求書を添付し、それぞれまとめて件数・点数・金額の合計を「その他」欄に記入してください。(総合計は必要ありません)。

平成 年 月 日

県外用

診療報酬請求書 (医科・歯科)

保険者

(別記) 殿

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 | 給付割 |
| | 39 | | 10 9 8 7 |

保険医療機関の
所在地及び名称
開設者氏名

印

平成 年 月 日

国民健康保険

| | | | 療養の給付 | | | | 食事療養 | | | | |
|---|----------------|-------|-------|-----------|----|-------------|-------|----|----|----|-------|
| | | | 件数 | 診療 実日数 | 点数 | 薬剤 一部負担金 | 一部負担金 | 件数 | 日数 | 金額 | 標準負担額 |
| 1 | 一般 (70以上9割) | 請求 | 1 入院 | | | | 円 | | | 円 | 円 |
| | | 2 入院外 | | | | | | | | | |
| 1 | ※決定 | 1 入院 | | | | | | | | | |
| | | 2 入院外 | | | | | | | | | |
| 2 | 一般 (70以上8割) | 請求 | 1 入院 | | | | | | | | |
| | | 2 入院外 | | | | | | | | | |
| 2 | ※決定 | 1 入院 | | | | | | | | | |
| | | 2 入院外 | | | | | | | | | |
| 2 | 一般被保険者 | 請求 | 1 入院 | | | | 円 | | | | |
| | | 2 入院外 | | | | | | | | | |
| 2 | ※決定 | 1 入院 | | | | | | | | | |
| | | 2 入院外 | | | | | | | | | |
| 3 | 一般 (3歳未満) | 請求 | 1 入院 | | | | | | | | |
| | | 2 入院外 | | | | | | | | | |
| 3 | ※決定 | 1 入院 | | | | | | | | | |
| | | 2 入院外 | | | | | | | | | |
| 4 | 退職 (本人) | 請求 | 1 入院 | | | | | | | | |
| | | 2 入院外 | | | | | | | | | |
| 4 | ※決定 | 1 入院 | | | | | | | | | |
| | | 2 入院外 | | | | | | | | | |
| 5 | 退職 (70以上9割) | 請求 | 1 入院 | | | | | | | | |
| | | 2 入院外 | | | | | | | | | |
| 5 | ※決定 | 1 入院 | | | | | | | | | |
| | | 2 入院外 | | | | | | | | | |
| 6 | 退職 (70以上8割) | 請求 | 1 入院 | | | | | | | | |
| | | 2 入院外 | | | | | | | | | |
| 6 | ※決定 | 1 入院 | | | | | | | | | |
| | | 2 入院外 | | | | | | | | | |
| 6 | 退職 (被扶養者) | 請求 | 1 入院 | | | | | | | | |
| | | 2 入院外 | | | | | | | | | |
| 6 | ※決定 | 1 入院 | | | | | | | | | |
| | | 2 入院外 | | | | | | | | | |
| 7 | 退職 (3歳未満) | 請求 | 1 入院 | | | | | | | | |
| | | 2 入院外 | | | | | | | | | |
| 7 | ※決定 | 1 入院 | | | | | | | | | |
| | | 2 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。

平成 年 月 分

県 外 用

診療報酬請求書 (医科・歯科)

保 険 者

(別 記) 殿

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 | 給 付 割 |
|-----------|-------|---------------|-------|
| | 39 | | 9 |
| | | | 8 |

保険医療機関の
所在地及び名称
開設者氏名

印

平成 年 月 日

老人保健

| | | 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 |
|---|-----|-----|-----------|-----|-----------|-----|-----|-----|-----------|
| 1 | 請求 | 1 | 入院 | | | | | 円 | 円 |
| | | 2 | 入院外 | | | | | | |
| | ※決定 | 1 | 入院 | | | | | | |
| | | 2 | 入院外 | | | | | | |
| 2 | 請求 | 1 | 入院 | | | | | | |
| | | 2 | 入院外 | | | | | | |
| | ※決定 | 1 | 入院 | | | | | | |
| | | 2 | 入院外 | | | | | | |

公費負担医療

| | | 療 養 の 給 付 | | | | 食 事 療 養 | | | | | |
|----|-----|-----------|-----------|-----|---------------|-----------|-----|-----|-----|-----------------|--|
| | | 件 数 | 診 療 実 日 数 | 点 数 | 薬 剤 一 部 負 担 金 | 一 部 負 担 金 | 件 数 | 日 数 | 金 額 | 標 準 負 担 額 (公費分) | |
| 請求 | 1 | 入院 | | | | | | | 円 | 円 | |
| | 2 | 入院外 | | | | 円 | | | | | |
| | ※決定 | 1 | 入院 | | | | | | | | |
| | | 2 | 入院外 | | | | | | | | |
| 請求 | 1 | 入院 | | | | | | | | | |
| | 2 | 入院外 | | | | | | | | | |
| | ※決定 | 1 | 入院 | | | | | | | | |
| | | 2 | 入院外 | | | | | | | | |

原

入院 件 円 入院外 件 円

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。