

請求書記載要領

● 国保

令和 ○ 年 ○ 月分診療報酬請求書(医科・歯科) 冊番

④ 保険者 **長崎** 市町村 都道府 医療機関 ②
 組合 殿 県番号 42 コード ○○○.○○○

コード 4 2 0 0 1 8

⑤ 下記のとおりに請求します。 ③ 長崎県長崎市○○町11番地
 △△医院
 TEL:095-8○○-○○○
 △△△△ ㊟

国保健康保険 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 保険医療機関の所在地及び名称 電話番号 開設者氏名

法制	給付割合	本家入外	療養の給付				食事療養費							
			件数	診療科目	点数	一部負担金	件数	回数	金額	標準負担額				
国保 25	70歳以上 75歳未満	80	7 請求	入院	6	57	194,874	156,340	3	87	48,766	24,440		
			8 入院外	15	25	18,000								
		70	7 決定	入院										
			8 入院外											
			9 請求	入院										
			0 入院外	1	3	3,520								
	70	9 決定	入院											
		0 入院外												
		70	1 請求	入院										
			2 入院外	33	165	49,500								
	67歳未満	80	1 決定	入院										
			2 入院外											
80		3 請求	入院											
		4 入院外												
本人 退職 67	70	70	1 請求	入院	2	19	98,043	78,430	1	41	13,346	10,660		
			2 入院外											
		70	1 決定	入院										
			2 入院外											
			70	5 請求	入院									
				6 入院外										
	80	5 決定	入院											
		6 入院外												
		80	3 請求	入院										
			4 入院外											
	原爆 19	00	00	1 請求	入院	2	34	48,530		1	26	5,060	4,160	
				2 入院外	10	12	12,000							
00			1 決定	入院										
			2 入院外											
			00	1 請求	入院									
				2 入院外										
被爆 86		00	1 決定	入院										
			2 入院外											
		00	1 請求	入院										
			2 入院外											
00		00	1 決定	入院										
			2 入院外											
	00	1 請求	入院											
		2 入院外												
00	00	1 決定	入院											
		2 入院外												
	00	1 請求	入院											
		2 入院外												

① 診療年月

主たる診療月を記載するので、診療月は**提出月の前月**を記載してください。
 (月遅れ分のみ提出、又は当月分と月遅れ分の混在で提出の場合でも同様です。)

② 医療機関コード

③ 保険医療機関の所在地及び名称

電話番号
 開設者氏名
 自院の医療機関コード等を記載し、届出印を押印してください。

④ 保険者・コード

当該冊に綴っているレセプトの保険者名、保険者コードを記載してください。

⑤ 提出年月日

国保連合会に提出される年月日を記載してください。

⑥ レセプト件数・点数等

区分ごとに、レセプト件数・点数等を記載してください。ここに書く件数・点数等は**当該冊に綴ったレセプトの積み上げ**となりますので、**保険の請求点数欄・一部負担金額欄等に記載した数字を集計**してください。

また、入院レセプトのうち、食事療養費の給付が発生するレセプトがある場合は、**保険の請求金額欄・標準負担額欄等に記載した数字を集計**してください。

⑦ 公費分件数・点数等

公費件数・点数は**再掲**となります(上記レセプト件数・点数の中に、公費分がどれだけあるか、という形の記載となります)。ここに書く件数・点数等は**当該冊に綴ったレセプトの積み上げ**となりますので、**公費の請求点数欄(公費点数が保険点数と同点の場合は保険点数欄の点数)・一部負担金額欄等に記載した数字を集計**してください。

また、入院レセプトのうち、公費対象の食事療養費がある場合も同様に、**公費の請求金額欄・標準負担額欄等に記載した数字を集計**してください。

請求書記載要領

● 後期

令和 ○ 年 ○ 月分診療報酬請求書(医科・歯科)

冊番

保険者	長崎県	広域連合	殿	都道府県番号	42	医療機関コード	○○○.○○○.○	
コード	3	9	4	2	0	0	0	5

⑤ 下記のとおり請求します。

後期高齢者医療 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

③ 保険医療機関の所在地及び名称
〒長崎県長崎市○○町11番地
△△医院
TEL:095-8○○-○○○○
△△△△ ㊞

④ 開 設 者 氏 名

法制	給付制	本家入外		療養の給付			食事療養・生活療養					
				件数	診療日数	点数	一部負担金	件数	回数	金額	標準負担額	
後期 39	90		7 請求	入院	7	68	94,635	84,000	5	186	83,150	37,510
			8 決定	入院外	15	25	18,000					
	70	9 請求	入院									
		0 請求	入院外									
		9 決定	入院									
		0 決定	入院外									
原爆 後期 19	00		1 請求	入院	3	37	64,250		1	10	20,900	2,100
			2 決定	入院外	10	12	12,000					
	86		1 請求	入院								
			2 決定	入院外								

⑦ 公費負担医療(後期高齢者併用)

公費	法制	本家入外		療養の給付			食事療養・生活療養					
				件数	診療日数	点数	一部負担金(患者負担額)	件数	回数	金額	標準負担額	
15	00		1 請求	入院								
			2 決定	入院外	1	2	2,750	2,500				
	00	1 請求	入院									
		2 請求	入院外									
		1 決定	入院									
		2 決定	入院外									
00	00		1 請求	入院								
			2 決定	入院外								
	00		1 請求	入院								
			2 決定	入院外								

① 診療年月

主たる診療月を記載するので、診療月は**提出月の前月**を記載してください。
(月遅れ分のみ提出、又は当月分と月遅れ分の混在で提出の場合でも同様です。)

② 医療機関コード

③ 保険医療機関の所在地及び名称

電話番号
開設者氏名
自院の医療機関コード等を記載し、届出印を押印してください。

④ 保険者・コード

後期は**広域連合ごとの編綴**となります。当該冊に綴ったレセプトの保険者が**県内分**の場合は**長崎県後期高齢者医療広域連合**、**他県分**の場合は、**該当の県の広域連合の名称・コード**を記載してください。

⑤ 提出年月日

国保連合会に提出される年月日を記載してください。

⑥ レセプト件数・点数等

区分ごとに、レセプト件数・点数等を記載してください。ここに書く件数・点数等は**当該冊に綴ったレセプトの積み上げ**となりますので、**保険の請求点数欄・一部負担金額欄等に記載した数字を集計**してください。
また、入院レセプトのうち、食事療養費の給付が発生するレセプトがある場合は、**保険の請求金額欄・標準負担額欄等に記載した数字を集計**してください。

⑦ 公費件数・点数等

公費件数・点数は**再掲**となります(上記レセプト件数・点数の中に、公費分がどれだけあるか、という形の記載となります)。ここに書く件数・点数等は**当該冊に綴ったレセプトの積み上げ**となりますので、**公費の請求点数欄**(公費点数が保険点数と同点の場合は保険点数欄の点数)・**一部負担金額欄等に記載した数字を集計**してください。
また、入院レセプトのうち、公費対象の食事療養費がある場合も同様に、**公費の請求金額欄・標準負担額欄等に記載した数字を集計**してください。