

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 国保組合 都道府 県番号 42 医療機関 〇〇〇.〇〇〇.〇

コード 4 2 0 0 1 8

⑤ 下記のとおり請求します。 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

③ 長崎県長崎市〇〇町11番地
△△医院
TEL:095-8〇-〇〇〇〇
△△△△△

⑥ 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	件数	回数	金額	標準負担額		
国保 25	70歳以上 七五歳未満	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										
		1 請求 入院										
		2 入院外	33	165	49,500							
		1 決定 入院										
		2 入院外										
六歳未満	80	3 請求 入院										
		4 入院外										
		3 決定 入院										
	70	4 入院外										
		1 請求 入院	2	19	98,043	78,430	1	41	13,346	10,660		
		2 入院外										
本人	70	1 決定 入院										
		2 入院外										
		5 請求 入院										
	70	6 入院外										
		5 決定 入院										
		6 入院外										
退職 67	80	3 請求 入院										
		4 入院外										
		3 決定 入院										
	六歳未満	4 入院外										
		1 請求 入院	2	34	48,530		1	26	5,060	4,160		
		2 入院外	10	12	12,000							
原爆 19	00	1 決定 入院										
		2 入院外										
		1 請求 入院										
	被爆 86	00	2 入院外									
			1 請求 入院									
			2 入院外									
7	00	1 決定 入院										
		2 入院外										
		1 請求 入院										
	00	2 入院外										
		1 請求 入院										
		2 入院外										
00	00	1 決定 入院										
		2 入院外										
		1 請求 入院										
	00	2 入院外										
		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)

① ④ ② ③ ⑤ ⑥ ⑦

④ 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 **○○○.○○○.○**

③ 長崎県長崎市○○町11番地
△△医院
TEL:095-8○○-○○○○
△△ △△△

⑤ 下記のとおり請求します。
後期高齢者医療 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

⑥ ⑦

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	一般 低所得	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					
	00	1	請求	入院								
		2	決定	入院外								
被爆 後期 86	00	1	請求	入院								
		2	決定	入院外								
	00	1	請求	入院								
		2	決定	入院外								

⑦

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	00	1	請求	入院								
		2	決定	入院外								
	00	1	請求	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。

令和4年10月診療分より給付割合が8割・9割のレセプトは「**一般・低所得**」欄に合算して記載して下さい。

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。