

# 令和 年 月分診療報酬等請求総括表

医 科

<医療機関>

診療年月にかかわらず、提出月の前月を記入してください。

療 機 関 コー ド

紙レセプトの件数を記入してください。  
※電子レセプトの件数は記入しないでください。

医 療 機 関 名 称

請求書枚数（続紙は含みません）			
	国 保		後 期
県内分	枚		枚
県外分	枚		枚

紙レセプト件数	
国 保 合 計	件
後 期 合 計	件
総 合 計	件

- \* 請求書の冊数を国保と後期、県内分と県外分に分けて記入してください。
- \* 紙レセプト分のみ記入して下さい。

8万点以上紙レセプト	
有	無

<長崎県国民健康保険団体連合会事務作業用>

事務処理	受付	補筆	点検	決定

8万点以上の紙レセプトの有無に応じどちらかに○をつけてください。

--	--

高額明細書件数				
	県内分		県外分	
8万点以上 38万点未満	国	件	国	件
	後	件	後	件
38万点以上	国	件	国	件
	後	件	後	件
	件		件	

明細書件数		
	国 保	後 期
県内分	件	件
県外分	件	件

備考		O C R 入 力				