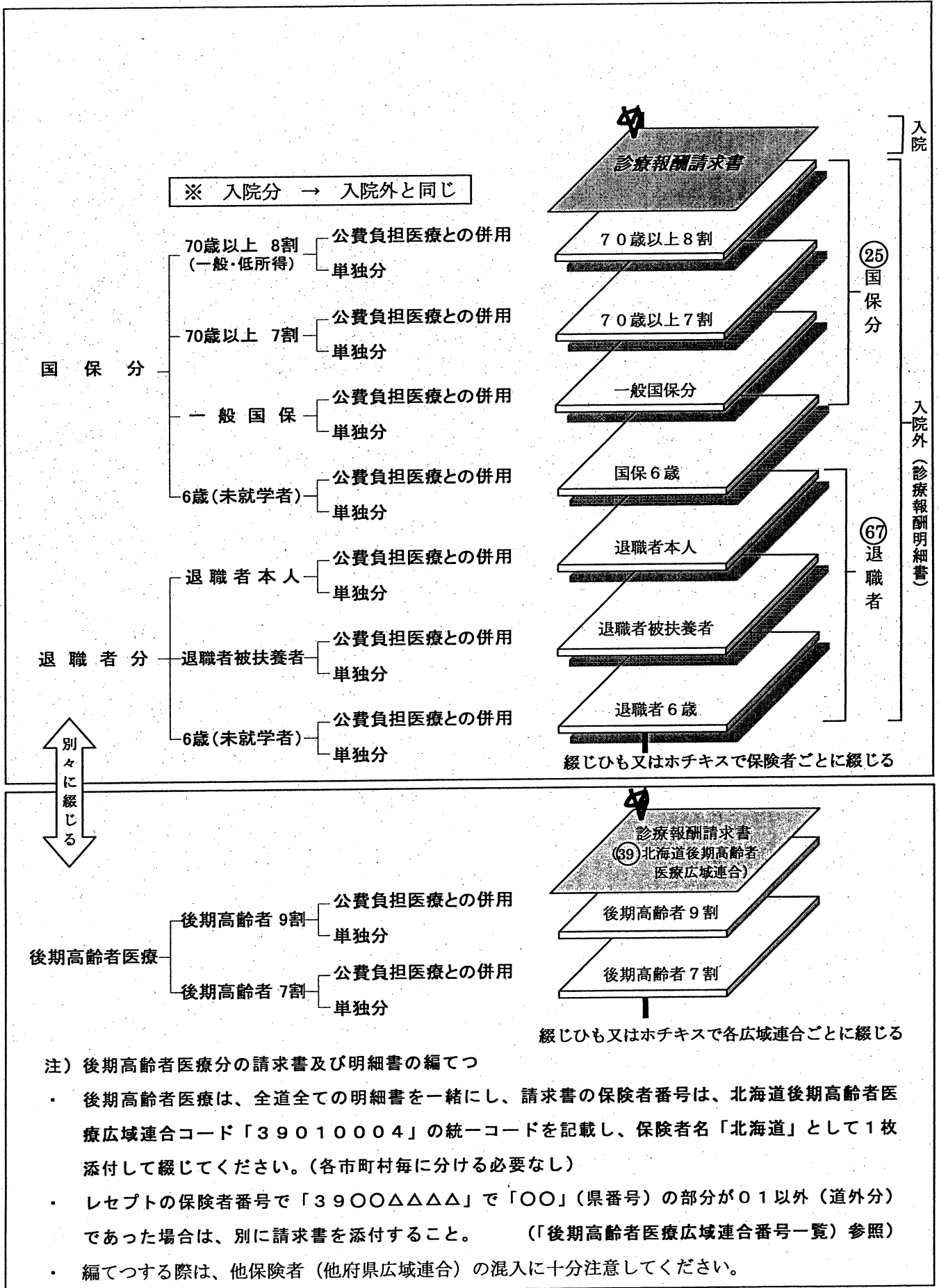


診療報酬請求書及び明細書の編てつについて

国保・退職者分請求書及び明細書は保険者ごとに、また、後期高齢者医療分の請求書及び明細書については後期高齢者広域連合ごとに次の図示のとおり編てつしてください。



診療報酬請求書作成の留意点

(1) 診療報酬請求書 様式第6

設定された番号6桁を記載してください。

島牧村、黒松内町、蘭越町、ニセコ町、真狩村、留寿都村、喜茂別町、京極町、倶知安町、共和町、泊村、神恵内村、積丹町、古平町、仁木町、及び、赤井川村は、「後志広域連合」と記載し、歌志内市、奈井江町、上砂川町、浦臼町、新十津川町及び雨竜町は、「空知中部広域連合」と記載し、東神楽町、東川町及び美瑛町は「大雪地区広域連合」と記載して、各々に()書きで市町名を記載するようお願いいたします。なお、診療報酬請求書は別々に作成してください。

国民健康保険の70歳~74歳の被保険者(以下「高齢受給者」という。)の単独分及び公費負担医療併用分明細書を8割・7割別に合算して記載してください。

国民健康保険一般被保険者の単独分と公費負担医療併用分明細書を給付割合別に合算して記載してください。

国民健康保険一般被保険者の6歳単独分と公費負担医療併用分明細書を合算して記載ください。

退職者医療の単独分と公費負担医療併用分明細書を本人・被扶養者別に合算して記載してください。

退職者医療被扶養者の6歳単独分と公費負担医療併用分明細書を合算して記載してください。

区分の空欄に法別番号(番号の若い順)、給付割合を記載し制度別に公費分明細書を集計して記載してください。(再掲)

平成 年 月 分 診療報酬請求書 菌科 3

保険者コード

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

市町村 殿
国保組合

平成 年 月 日 下記のとおり請求する。

国民健康保険

区分	療養の給付																		
	件数	診療実日数	点数	一部負担金															
②5 70歳以上 一般・低所得	請求	入院外		円															
	※決定	入院外																	
②5 70歳以上	請求	入院外																	
	※決定	入院外																	
②5 一般被保険者	請求	入院外	割 7割																
	※決定	入院外	割 7割																
②3 6歳	請求	入院外																	
	※決定	入院外																	
⑥7 本人	請求	入院外																	
	※決定	入院外																	
⑥5 被扶養者	請求	入院外																	
	※決定	入院外																	
⑥1 6歳	請求	入院外																	
	※決定	入院外																	
公費負担医療																			
	請求	入院外	割	円															
	※決定	入院外	割																
	請求	入院外	割																
	※決定	入院外	割																
	請求	入院外	割																
	※決定	入院外	割																
	請求	入院外	割																
	※決定	入院外	割																
	請求	入院外	割																
	※決定	入院外	割																
<table border="1"> <tr> <td>※高額療養費</td> <td>一般被保険者</td> <td>件数</td> <td></td> <td>退職者</td> <td>件数</td> <td></td> <td rowspan="2">備考</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>金額</td> <td>円</td> <td></td> <td>金額</td> <td>円</td> </tr> </table>					※高額療養費	一般被保険者	件数		退職者	件数		備考			金額	円		金額	円
※高額療養費	一般被保険者	件数		退職者	件数		備考												
		金額	円		金額	円													

注意 ※印の欄は記入しないこと。

● 設定された番号7桁を記載してください。

● 一部負担金を集計して記載してください。

(2) 診療報酬請求書（後期高齢者医療） 様式第8

「39」を含む設定された番号8桁を記載してください。

都道府県名を記載してください。

後期高齢者医療の単独分と公費負担医療併用分明細書を給付割合別に合算して記載してください。

区分の空欄に法別番号（番号の若い順）、を記載し制度別に公費分明細書を集計して記載してください。（再掲）

平成 年 月 分 診療報酬請求書 歯科 3

保険者番号 3 9 | | | | | | | |

医療機関コード _____

後期高齢者医療 殿
広域連合

平成 年 月 日 下記のとおり請求する。 (印)

後期高齢者医療

区分	療 養 の 給 付			
	件数	診療実日数	点数	一部負担金
(39) 後期高齢者医療 (09) 後期高齢 9割 (07) 後期高齢 7割	請求	入院外		
	※決定	入院外		
	請求	入院外		
	※決定	入院外		
公費負担医療				
	請求	入院外		
	※決定	入院外		
	請求	入院外		
	※決定	入院外		
	請求	入院外		
	※決定	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。

設定された番号7桁を記載してください。

一部負担金を集計し記載してください。

様式第8