

## 診療報酬請求上の留意事項（医科）

光ディスク等を用いた費用の請求（オンライン及びフロッピーディスクでの提出）を行っている保険医療機関は、当月分を請求する場合には、診療報酬請求総括票及び診療報酬請求書（様式第六・様式第八）の提出を省略することとさせていただきますので下記事項は該当いたしません。  
 ただし、返戻分について「紙レセプト」で再請求する場合には、下記事項に留意のうえ請求くださいますようお願いいたします。

### I. 診療報酬請求総括票について

1. 診療報酬請求総括票の記載にあたっては、診療報酬請求書に基づく件数・点数を記載してください。
2. 「国民健康保険（一般被保険者・退職者）」・「後期高齢者医療」をあわせて1枚となります。
3. 「保険者番号（広域連合名）」欄には国民健康保険の場合は保険者番号を、後期高齢者医療の場合は各広域連合名（各都道府県広域連合名）を記載してください。

保険者番号 広域連合名	区分	国 民 健 康 保 険												後 期 高 齢 者 医 療					
		一般(70以上一般・低所得)		一般(70以上7割)		一般被保険者		一般(6歳)		退職(本人)		退職(被扶養者)		退職(6歳)		後期高齢者(9割)		後期高齢者(7割)	
		件数	点数	件数	点数	件数	点数	件数	点数	件数	点数	件数	点数	件数	点数	件数	点数	件数	点数
138040	入院			1	1,111														
	外来																		
190017	入院			2	2,222														
	外来																		
~~~~~																			
東京都 広域連合	入院															3	3,333		
	外来																		
山梨県 広域連合	入院															4	4,444		
	外来																		
(小計)	入院			1	1,111														
合 計	外来			2	2,222											7	7,777		

※国民健康保険の保険者番号の後に、各広域連合名（各都道府県広域連合名）を記載してください。また、上段から国民健康保険の県外保険者、県内組合、全国組合、県内保険者、後期高齢者医療の県外広域連合、山梨県広域連合の順に記載してください。

## II. 診療報酬請求書について

- 国民健康保険分と後期高齢者医療分それぞれに請求書をつけ、別綴りとしてください。なお、後期高齢者医療分の請求書については各広域連合（都道府県ごと）につき1枚となります。なお、明細書については保険者番号順に並べてください。（編綴方法は別紙を参照してください。）
- 光ディスク等を用いた費用の請求（オンライン及びフロッピーディスクでの提出）を行っている保険医療機関については、診療報酬請求書（様式第六・様式第八）を提出する必要はありません。
- 法定給付と法定外給付は別綴りにしてください。
- 色調は黄色紙黒色刷りでお願いします。

### 1. 国民健康保険の請求書の記載例

令和 年 月 分 診療報酬請求書(医科)

医療機関コード  
191 0000000

保険者番号 190017

国民健康保険の所在地及び名称  
電話番号  
開設者氏名

印

下記のとおり請求する。  
令和 年 月 日  
国民健康保険

	療 養 の 給 付				食 事 療 養 ・ 生 活 療 養			
	件 数	診 療 実 日 数	点 数	一 部 負 担 金	件 数	回 数	金 額	標 準 負 担 額
一 般 以 上 二 次 保 険 者 等	請 入 院			円			円	円
	求 入 院 外							

- (1) 「保険者番号」欄については保険者番号（6桁）を記載してください。
- (2) 「医療機関コード」欄については、191の後に当該保険医療機関番号（7桁）を記載してください。
- (3) 「公費負担医療」欄については、医療費助成事業（法別81、82欄）にはそれぞれに一般・退職を合算した数値を記載してください。空欄の箇所には、その他の公費負担医療をそれぞれ法別順に記載してください。なお、続紙として診療報酬請求書と同じ大きさの用紙を請求書に添付しても差し支えありません。
- (4) 重度心身障害者医療費助成制度（法別83）については、平成26年11月診療分より窓口無料から自動還付方式に変更となりました。10月診療分以前につきましては、「その他の公費負担医療（法別番号順）」順に記載してください。（記載例1）

## 2. 後期高齢者医療の請求書の記載例

令和 年 月 分 診療報酬請求書(医科)

医療機関コード  
191 0000000

山梨県 広域連合 殿  
下記のとおり請求する。

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 印

後期高齢者医療

	療養の給付				食事療養・生活療養			
	件数	診療室日数	点数	一部負担金	件数	回数	金額	標準負担額

- (1) 「広域連合名」欄については、各広域連合名（各都道府県広域連合名）を記載してください。
- (2) 「医療機関コード」欄については、191 の後に当該保険医療機関番号（7桁）を記載してください。
- (3) 「公費負担医療」欄については、医療費助成事業（法別 82 欄）にはそれぞれの数値を記載してください。空欄の箇所には、その他の公費負担医療をそれぞれ法別順に記載してください。なお、続紙として診療報酬請求書と同じ大きさの用紙を請求書に添付しても差し支えありません。
- (4) 重度心身障害者医療費助成制度（法別 83）については、平成 26 年 11 月診療分より窓口無料から自動還付方式に変更となりました。10 月診療分以前につきましては、「その他の公費負担医療（法別番号順）」順に記載してください。（記載例 1）

記載例 1 法別（83）月遅れ請求がある場合の公費負担医療欄記載方法

### 公費負担医療

		療養の給付			食事療養			
		件数	診療室日数	点数	一部負担金	件数	回数	金額
81	請求	1	2	1,000				
	*決定							
82	請求	2	5	5,000				
	*決定							
83	請求	1	1	2,000				
	*決定							

平成 26 年 12 月請求以降、月遅れ請求がある場合はここへ記載してください。