

## 調剤報酬請求上の留意事項

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）を行っている保険薬局は、当月分を請求する場合においては、調剤報酬請求総括票及び調剤報酬請求書（様式第七・様式第九）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. 調剤報酬請求総括票について

1. 調剤報酬請求総括票の記載にあたっては、調剤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。

令和 年 月分 調剤報酬請求総括票

薬局コード 194

保険薬局の  
所在地及び名称  
開設者氏名

No.

区分 保険者番号 広域連合名	国 民 健 康 保 険														後 期 高 齢 者 医 療			
	一般(70歳以上一般・低所得)		一般(70歳以上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(9割)		後期高齢(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			1	1,111														
190017			2	2,222														

東京都 広域連合															3	3,333		
山梨県 広域連合															4	4,444		
(小計)			3	3,333											7	7,777		
合 計			3	3,333											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被保険者、県内組合、全国組合、県内被保険者、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. 調剤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。（編綴方法は別紙を参照し、保険者番号順に並べてください。）
- 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）を行っている保険薬局については、調剤報酬請求書（様式第七・様式第九）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	調剤報酬請求書
保険者番号	190017	薬局コード	194 ○○○○○○
下記のとおり請求する。		保険薬局の 所在地及び名称 電話番号 開設者氏名	印
令和	年	月	日

- (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) 「薬局コード」欄については、194の後に当該保険薬局番号（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、続紙として調剤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。

## 2. 後期高齢者医療の請求書の記載例

令和 年 月分 調剤報酬請求書

山梨県 広域連合 殿

下記のとおり請求する。

令和 年 月 日

薬局コード

194 ○○○○○○○○

保険薬局の  
所在地及び名称  
電話番号  
開設者氏名

印

- (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) 「薬局コード」欄については、194の後に当該保険薬局番号（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、続紙として調剤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。