

30 福国連第 2636 号  
平成 30 年 11 月 5 日

各 保 険 医 療 機 関  
各 保 険 薬 局 様  
各指定訪問看護事業所

福島県国民健康保険団体連合会  
( 公 印 省 略 )

診療報酬請求書等の提出方法について (お願い)

本会の事業運営につきましては、日ごろより格別の御高配を賜り厚くお礼申し上げます。  
さて、平成 30 年 9 月 27 日付 30 福国連第 2336 号にて診療報酬請求書等の提出方法についてお知らせいたしました。紙レセプトの記載方法と連記式明細書の編綴方法に一部追加があるため再度御通知いたします。

つきましては、提出方法は下記のとおりとなりますので、引き続き御配慮くださいますようお願いいたします。

記

1. 診療 (調剤) 報酬請求総括票の提出について

- 記載方法について別紙 1 のとおりとなります。

総括票の記載の省略・簡略化について、一部追記箇所がありますので、御確認願います。

2. 紙レセプトの請求及び返戻再請求の際の保険区分等の「○ (マル) 囲み」の記載について (別紙 2)

- 記載について具体例を追記しておりますので、御確認願います。

3. 連記式明細書 (子ども医療費・重度心身障害者医療費) 提出時の保険者別編綴 (ホチキス留め) について (別紙 3)

- 子ども医療費並びに重度心身障害者医療費を本会に委託する市町村のみの対応となります。一部追記箇所がありますので、御確認願います。

※ 本通知は、本会ホームページの「保険医療機関・施術所の方へ」内に公開しております。

事務担当

保険医療機関・保険薬局に関すること	業務審査課	業務第 1 係	TEL024-523-2804
	業務審査課	業務第 2 係	TEL024-523-2762
子ども医療費に関すること	業務管理課	管理調整係	TEL024-523-2757
指定訪問看護事業所・重度心身障害者医療費に関すること	業務管理課	療養費係	TEL024-523-2705

(別紙1)

診療(調剤)報酬請求総括票の提出について

例) 平成 30 年 9 月分 診療報酬請求総括票

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧

医科・歯科・調剤・訪問看護

医科 国保 (紙レセプト分)

所在地	福島県福島市〇町〇番〇号		医療機関コード	12-3456.7	
名称	国保病院		標榜診療科名		
開設者氏名	国保太郎		指定金融機関名		
	押印		請求書数	県内 3 県外 1	保険者
種別	療養の給付	⑥		食事療養・生活療養	
	件数	日数	点数	回数	金額
国民健康保険	一般被保険者	入院			
		入院外			
	合計	15			
健康保険	退職者	入院			
		入院外			
	合計	5			
老人保健	入院				
	入院外				
	合計				
公費(再掲)	入院				
	入院外				
	合計				
⑧	特別療養費(別掲)	2		1180	

- ① 年月の標記は提出するレセプトの診療年月にかかわらず提出月の前月を記載してください。
- ② 紙レセプト請求がある場合のみ国民健康保険分、後期高齢者医療分それぞれに作成してください。
- ③ 保険医療機関欄は保険医療機関等の所在地、名称、開設者氏名を記名・押印してください。
- ④ 医療機関コード欄は7ケタで記載してください。  
都道府県番号「07」及び表別「1、3、4、6」は記載しないでください。
- ⑤ (記載省略) 標榜診療科名、指定金融機関名の記載は不要です。
- ⑥ 請求書数の県内欄は、保険者番号の都道府県番号が「07」の保険者を、県外欄には都道府県番号が「07」以外の保険者の請求書枚数を記載してください。
- ⑦ (記載簡略) 療養の給付欄は国民健康保険の場合、一般被保険者、退職者それぞれの合計レセプト件数のみを、後期高齢者医療の場合、後期高齢者医療の合計レセプト件数のみを記載してください。
- ⑧ 特別療養費を提出する場合、総括票欄外にレセプトの合計件数・点数を記載してください。  
特別療養費のレセプトは総括票にまとめてホチキス留めしてください。  
※次回提出分からの対応が難しい場合、今までどおり記載していただいてもかまいません。旧総括票様式も使用できます。(2018.10 追記)  
※上記の総括票様式は本会ホームページに掲載しております。

(別紙2)

紙レセプトの請求及び返戻再請求の際の保険区分等の「○(マル)囲み」の記載について

1. 「保険種別 1」、「保険種別 2」、「本人・家族」、「給付割合」欄の記載

誤	1 単独	2 本外	8 高外一
	2 2併	4 六外	0 高外7
正	1 単独	2 本外	
	2 2併	4 六外	

		給付割合	10 9 8
			7 ( )

誤 10 9 8  
7  
正 10 9 8  
7

※「○(マル)囲み」の記載は紙レセプトで請求される医療機関に限ります。  
区分の番号にズレがないよう記載してください。

2. 「性別」、「生年月日」欄の記載

誤	1 男	2 女	1 明	2 大	3 昭	4 平
正	1 男	2 女	1 明	2 大	3 昭	4 平

1 男 2 女 1 明 2 大 3 昭 4 平 生

※○囲みの範囲は項目の番号をしっかりと囲むようにしてください。

3. 「本人・家族」欄、被保険者証番号等を訂正する場合の例

医コ :

1 医科	1 国保	1 単独	2 本外
------	------	------	------

保 險 者 番 号		給付割合	10 7
-----------	--	------	------

記号・番号	島○○
-------	-----

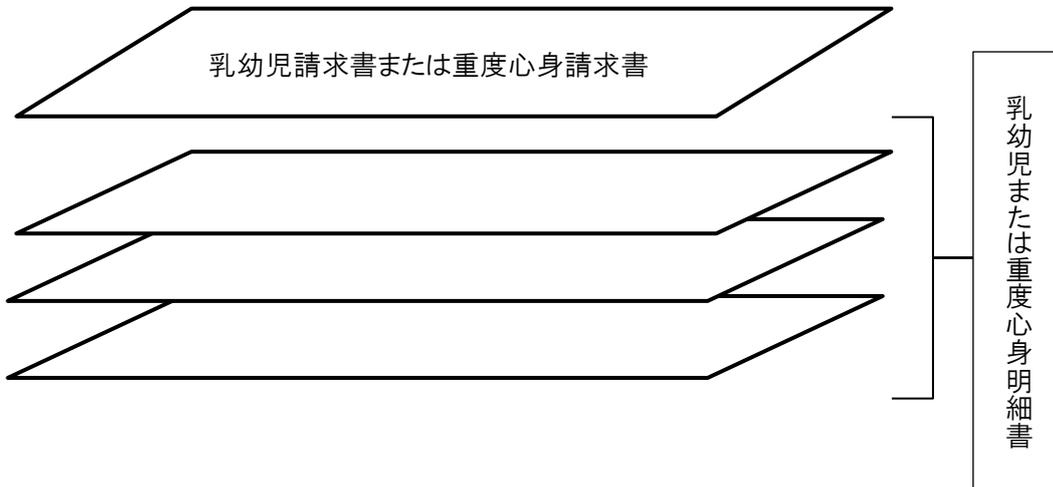
誤 家外  
正 6家外

誤 9  
12345678  
正 12345679  
~~12345678~~

※訂正する項目の一部だけでなく全て訂正してください。

(別紙3)

連記式明細書(こども医療費・重度心身障害者医療費)提出時の保険者別  
編綴(ホチキス留め)について

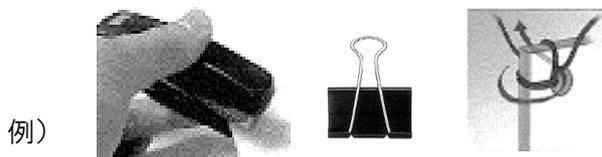


※上記の順で散逸しないよう原則ホチキスで、厚みがある場合はダブルクリップまたはこより紐等で  
左上を編綴してください。

※明細書は、請求書に記載の種別ごと、上から順に編綴してください。

※明細書は、保険者ごとに編綴してください。

※こども医療費・重度心身医療費は分けて編綴してください。(2018.10 追記)



【こども医療費】



【重度心身障害者医療費】

