

※次項からの「医科請求書の記入上の注意」と併せてご確認ください。

令和 年 月分 診療報酬請求書(医科)

診療年月をご記入ください。

保険者

保険者名をご記入ください。

請求年月日をご記入ください。

保険医療機関の所在地及び名称  
電話番号  
開設者氏名

保険医療機関の所在地及び名称・電話番号・開設者氏名をご記入ください。

下記のとおり請求する。

令和 年 月 日

|                |     |                  |      |
|----------------|-----|------------------|------|
| 保険者番号          | 県番号 | 医療機関コード          | 表別   |
| 保険者番号をご記入ください。 | 1 1 | 医療機関コードをご記入ください。 | 医科 1 |

国民健康保険

|           | 給付割 | 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(七〇歳以上) | 請求  | 入院    | 8     |    |       |           |    |    |       |  |
|           |     | 入院外   | 8     |    |       |           |    |    |       |  |
|           | ※決定 | 入院    | 8     |    |       |           |    |    |       |  |
|           |     | 入院外   | 8     |    |       |           |    |    |       |  |
| 一般(七〇歳以上) | 請求  | 入院    | 7     |    |       |           |    |    |       |  |
|           |     | 入院外   | 7     |    |       |           |    |    |       |  |
|           | ※決定 | 入院    | 7     |    |       |           |    |    |       |  |
|           |     | 入院外   | 7     |    |       |           |    |    |       |  |
| 一般被保険者    | 請求  | 入院    | 7     |    |       |           |    |    |       |  |
|           |     | 入院外   | 7     |    |       |           |    |    |       |  |
|           | ※決定 | 入院    | 7     |    |       |           |    |    |       |  |
|           |     | 入院外   | 7     |    |       |           |    |    |       |  |
| 一般(六歳)    | 請求  | 入院    | 8     |    |       |           |    |    |       |  |
|           |     | 入院外   | 8     |    |       |           |    |    |       |  |
|           | ※決定 | 入院    | 8     |    |       |           |    |    |       |  |
|           |     | 入院外   | 8     |    |       |           |    |    |       |  |
| 退職(本人)    | 請求  | 入院    | 7     |    |       |           |    |    |       |  |
|           |     | 入院外   | 7     |    |       |           |    |    |       |  |
|           | ※決定 | 入院    | 7     |    |       |           |    |    |       |  |
|           |     | 入院外   | 7     |    |       |           |    |    |       |  |
| (被扶養者)    | 請求  | 入院    | 7     |    |       |           |    |    |       |  |
|           |     | 入院外   | 7     |    |       |           |    |    |       |  |
|           | ※決定 | 入院    | 7     |    |       |           |    |    |       |  |
|           |     | 入院外   | 7     |    |       |           |    |    |       |  |
| 退職(六歳)    | 請求  | 入院    | 8     |    |       |           |    |    |       |  |
|           |     | 入院外   | 8     |    |       |           |    |    |       |  |
|           | ※決定 | 入院    | 8     |    |       |           |    |    |       |  |
|           |     | 入院外   | 8     |    |       |           |    |    |       |  |

注意 ※印の欄は記入しないで下さい。

|                |     |                  |
|----------------|-----|------------------|
| 保険者番号          | 県番号 | 医療機関コード          |
| 保険者番号をご記入ください。 | 1 1 | 医療機関コードをご記入ください。 |

公費負担医療(再掲)

|   |     | 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<br>(公 費 分) |
| <b>公費負担医療名または公費負担医療法別<br/>番号をご記入ください。</b> | 請求  | 入 院       |           |     |           |                   |     |     |                      |
|   |     | 入 院 外     |           |     | 円         |                   |     | 円   | 円                    |
|   | ※決定 | 入 院       |           |     |           |                   |     |     |                      |
|   |     | 入 院 外     |           |     |           |                   |     |     |                      |
|   | 請求  | 入 院       |           |     |           |                   |     |     |                      |
|   |     | 入 院 外     |           |     |           | ②                 |     |     |                      |
|   | ※決定 | 入 院       |           |     |           |                   |     |     |                      |
|   |     | 入 院 外     |           |     |           |                   |     |     |                      |
|   | 請求  | 入 院       |           |     |           |                   |     |     |                      |
|   |     | 入 院 外     |           |     |           |                   |     |     |                      |
|   | ※決定 | 入 院       |           |     |           |                   |     |     |                      |
|   |     | 入 院 外     |           |     |           |                   |     |     |                      |

備 考

|        |        |     |   |       |     |   |
|--------|--------|-----|---|-------|-----|---|
| ※高額療養費 | 一般被保険者 | 件 数 |   | 退 職 者 | 件 数 |   |
|        |        | 金 額 | 円 |       | 金 額 | 円 |

注意 ※印の欄は記入しないで下さい。

|       |    |   |   |
|-------|----|---|---|
| 特別療養費 | 件③ | 日 | 点 |
|-------|----|---|---|

令和 年 月分 診療報酬請求書(医科)

診療年月をご記入ください。

広域連合名をご記入ください。

請求年月日をご記入ください。

保険医療機関の所在地及び名称  
電話番号  
開設者氏名

保険医療機関の所在地及び名称・電話番号・開設者氏名をご記入ください。

下記のとおりに請求する。

令和 年 月 日

|                  |     |                  |      |
|------------------|-----|------------------|------|
| 広域連合の番号          | 県番号 | 医療機関コード          | 表別   |
| 3 9 県番号をご記入ください。 | 1 1 | 医療機関コードをご記入ください。 | 医科 1 |

後期高齢者医療

|                | 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・低所得<br>後期高齢 | 請求    | 入院    |    |       | 円         |    |    | 円     |
|                |       | 入院外   |    |       |           |    |    |       |
|                | ※決定   | 入院    |    |       |           |    |    |       |
|                |       | 入院外   |    |       |           |    |    |       |
| 七割<br>後期高齢     | 請求    | 入院    |    |       |           |    |    |       |
|                |       | 入院外   |    |       |           |    |    |       |
|                | ※決定   | 入院    |    |       |           |    |    |       |
|                |       | 入院外   |    |       |           |    |    |       |

公費負担医療(再掲)

|                               | 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<br>(公費分) |
| 公費負担医療名または公費負担医療法別番号をご記入ください。 | 請求    | 入院    |    |       | 円         |    |    | 円              |
|                               |       | 入院外   |    |       |           |    |    |                |
|                               | ※決定   | 入院    |    |       |           |    |    |                |
|                               |       | 入院外   |    |       |           |    |    |                |
|                               | 請求    | 入院    |    |       |           |    |    |                |
|                               |       | 入院外   |    |       |           |    |    |                |
|                               | ※決定   | 入院    |    |       |           |    |    |                |
|                               |       | 入院外   |    |       |           |    |    |                |

備考

|       |   |   |   |   |
|-------|---|---|---|---|
| 特別療養費 | 件 | ③ | 日 | 点 |
|-------|---|---|---|---|

|        |    |   |
|--------|----|---|
| ※高額療養費 | 件数 |   |
|        | 金額 | 円 |

注意 ※印の欄は記入しないで下さい。

## 医科請求書の記入上の注意

請求書は、貴保険医療機関からご提出いただく全レセプトについて、請求先(保険者・後期高齢者医療は広域連合)ごとに作成いただくものです。既に作成されたレセプトを次の区分ごとに取りまとめの上、ご記入ください。

注：レセプトは、被保険者資格によって次の種類に区別して作成します。ここでは、この種類を「区分」としてご説明します。

### 国民健康保険

|           | 区分            |
|-----------|---------------|
| 「国民健康保険」欄 | 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          |

### 後期高齢者医療

|            | 区分         |
|------------|------------|
| 「後期高齢者医療」欄 | 後期高齢一般・低所得 |
|            | 後期高齢7割     |

## ① 国民健康保険及び後期高齢者医療

### (1) 「療養の給付」欄

各区分別に、件数・診療実日数・点数・一部負担金を、入院、入院外別にそれぞれ合計しご記入ください。

なお、改正前の区分・給付割合により記載欄のない請求分(月遅れ請求分)については、新たに記載欄を設けてご記入ください。

### (2) 「食事療養・生活療養」欄

入院で食事療養又は生活療養がある場合は、各区分別に、件数・回数・金額・標準負担額をそれぞれ合計しご記入ください。

なお、改正前の区分・給付割合により記載欄のない請求分(月遅れ請求分)については、新たに記載欄を設けてご記入ください。

## ② 公費負担医療(再掲)

- (1) 「療養の給付」欄は、公費負担医療ごとに各区分全ての件数・診療実日数・点数・一部負担金を、入院・入院外別にそれぞれ合計しご記入ください。

- (2) 「食事療養・生活療養」欄は、入院で食事療養又は生活療養がある場合に、各区分すべての件数・回数・金額・標準負担額をそれぞれ合計しご記入ください。

③ 特別療養費(別掲)

特別療養費がある場合は、下部の余白に件数・診療実日数・点数の欄を設け、各区分すべてのレセプトを合計(入院・入院外を合算)しご記入ください。

注1 請求書の「※印」の欄は、記入しないでください。

2 記入した数字等の訂正をする場合は、修正液等を使わず、訂正する数字等を＝線で抹消して正しい数字等をご記入ください。

3 返戻や請求もれ等による月遅れ分のレセプトは、当月分の集計に含めてください。

4 開設者の変更等で医療機関コードが変更になり、旧の医療機関コードにかかる再請求分等がある場合は、新旧の医療機関コード別に作成してください。