

5. 重度心身障害者及びひとり親家庭等医療費請求書の作成について

(1) 記載要領及び注意事項

- ① 「重度心身障害者医療費請求書」及び「ひとり親家庭等医療費請求書」は複写式で、請求にあたっては1枚目を医療機関の控えとし、2枚目（市町村用）を国保連合会へ提出してください。
- ② 旧総合病院については、請求書上部空欄に診療科名を記載してください。
- ③ 医療機関コードは設定された番号（7桁）を記載してください。
- ④ 医療機関等の所在地及び名称、開設者氏名は厚生労働省 北海道厚生局長に届け出た所在地及び名称、開設者氏名を記載し開設者印は国保連合会に届け出た印を押印してください。なお、電話番号も記載するようお願いします。
- ⑤ 市町村名を記載し、必ず市・町・村の該当するものを○で囲んでください。

なお、後志広域連合については町村ごとに「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」で請求し、空知中部広域連合については市町ごとに「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」で請求し、大雪地区広域連合については「東神楽町」「東川町」及び「美瑛町」で請求してください。

また、郡名及び広域連合名の記載は必要ありません。

- ⑤ 診療年月を必ず記載してください。
なお、同じ診療月であっても、診療年月欄に「//」とせずに「○年○月」と記載してください。
- ⑦ 受給者番号欄は、受給者証の番号（7桁）のみを記載（ゼロも記載）し、記号は記載しないでください。
- ⑧ 患者氏名を必ず記載してください。
- ⑨ 入院・外来区分欄は該当するものを○で囲んでください。
- ⑩ 診療報酬請求総点数欄は、保険給付7割・8割の区分毎に明細書の総点数を記載してください。

また、限度額(入院のみ)欄は高齢受給者以外で限度額適用認定証等の提示をした受給者についてのみ自己負担限度額、又は2割・3割の自己負担額を記載してください。

- ⑪ 請求金額（2, 3割負担・在総・長期高額疾病・結核・精神・更正育成）欄は、前期高齢者・障害老人（後期高齢者と重度心身障害者併用分）・長期高額疾病及び自立支援医療（更正・育成・精神通院医療）の各公費の適用を受けるすべての受給者について、それぞれ該当する金額を「前期高齢者（一般受給者を含む）」欄と「障老」欄に分けて記載してください。
- ⑫ 後期高齢者医療（障老）で3割負担については「2・3割」を、自立支援医療（更生・育成）による公費負担がある場合は「更」を○で囲んでください。

⑬ 小計欄は、2枚にわたるときのみ記載する。また、2枚目以降は内訳書のみを記載し、上部の請求欄に斜線を引いてください。

⑭ 一部負担金額欄は次のとおり記載してください。

① 低所得者（受給者証に（障初）・（親初）・（老初）と表示）について、初診料を算定した場合は「初」を○で囲むとともに、初診時一部負担金（510円限度）を徴収した時はその金額（1円単位）を記載してください。

なお、市町村と郡市歯科医師会で初診時一部負担金を徴収しない旨の協定をしているときは、内訳書の初診時一部負担金を○で囲んで記載し、請求欄の一部負担金欄に斜線を引いてください。

② それ以外の場合（受給者証に（障課）・（親課）・（老課）と表示）については、「課」を○で囲むとともに、1割相当額を徴収した時はその金額（1円単位）を記載してください。なお、市町村と郡市歯科医師会で1割相当額を徴収しない旨の協定をしているときは、内訳書の（1割相当額）を○で囲んで記載し、請求欄の一部負担金欄に斜線を引いてください。

【一部負担金1割相当額の月額限度額】

入 院	44,400円
外 来	12,000円

（記載例）

㊦ 一部負担金を徴収した場合

請 求 欄	内 訳 書 欄
一部負担金	一 部 負 担 金
510円	（初）・課
	510円

㊧ 一部負担金を徴収しない場合

請 求 欄	内 訳 書 欄
一部負担金	一 部 負 担 金
円	初・（課）
	765円

（2） 後期高齢者医療の医療費及び一部負担金の請求について

後期高齢者医療被保険者証に併せて重度心身障害者医療費の受給者証を提示した場合の医療費及び一部負担金の請求は次のとおりとなります。

① 入院分後期高齢者医療一部負担金は、窓口徴収額〔（限度額 44,400円、低Ⅰ 15,000円、低Ⅱ 24,600円）（10円未満四捨五入）現役並み所得者限度額 80,100円＋267,000円を超えた医療費の1%（1円未満四捨五入）〕を「障老」欄に記載してください。

なお、明細書には一部負担金を記載してください。

② 入院外分後期高齢者医療一部負担金は9割該当者の場合、1割相当額、7割該当者の場合については、3割相当額を、各々円まで「障老」欄に記載してください。

なお、明細書には一部負担金の記載の必要はありません。

③ 後期高齢者医療一部負担金は（障）公費（市町村）負担として、国民健康保険・後期高齢者医療・医療保険ともに国保連合会へ「重度心身障害者医療費請求書」にて市町村ごとに作成し請求してください。

なお、（障）の一部負担金として、低所得者（受給者証（老初））で初診料を算定した場合は、初診時一部負担金（510円限度）を本人から徴収し、それ以外（受給者証（老課））については、1割相当額を徴収してください。〔一部負担金（初診時一部負担金・1割相当額）を徴収しない市町村もあります。〕

重度心身障害者及びひとり親家庭等医療費請求書の記載要領

○ 重度心身障害者医療費請求書の記載例

【省略できない事項】

- ◇ 診療年月は一行ごとに記載して下さい。(同上の場合の「#」は不可)
- ◇ 受給者番号は7桁全てに記載して下さい。(0も必ず記載する)
- ◇ 入・外区分は該当する字句を○で囲んで下さい。
- ◇ 患者氏名を記載して下さい。

【記載例】

- 障初・障課の患者については、給付割合に応じて「7割」「8割」欄に記載して下さい。(例1～例6)
- 障害老人(後期高齢者医療)については、
 - 入院については、一部負担金を「障老」欄に記載して下さい。(例7, 8)
なお、3割負担の受給者の場合は「2・3割」を○で囲んで下さい。
 - 入院外については、1割相当額(レセプト請求点数×1)又は3割相当額(レセプト請求点数×3)を円の位まで「障老」欄に記載して下さい。(例8・例9)
なお、3割負担の受給者の場合は「2・3割」を○で囲んで下さい。
- 一部負担金欄は、
 - 低所得者(受給者証に○初と表示)については、初診料を算定した場合に「初」を○で囲むとともに、初診時一部負担金を徴収した時はその金額(円単位)を記載して下さい。
 - それ以外の場合(受給者証に○課と表示)については、「課」を○で囲むとともに、1割相当額を徴収した時はその金額(円単位)を記載して下さい。
なお、①②とも市町村と郡市歯科医師会で初診時一部負担金及び1割相当額を徴収しない協定をしている時は、一部負担金(初診時一部負担金・1割相当額)を○で囲んで記載して下さい。

重度心身障害者医療費請求書 (医療機関用)											
平成 年 月 分下記のとおり請求する				医療機関コード		01. 3100. 7					
● ● 市町村長 様				医療機関等の所在地及び名称		札幌市中央区南2条西14丁目 国保歯科医院					
				開設者氏名		国保 太郎					
				Tel		011-231-5181					
区分	保険給付	件数	診療報酬請求点数(レセプトの点数)及び限度額等	一部負担金	請求事務手数料	区分	件数	診療報酬請求点数(レセプトの点数)及び限度額等	一部負担金		
請求	⑦ 7割	4	36,759	31,864		※					
	⑦ 8割	2	4,710	510		決					
	⑦ 限度額(入院のみ)										
	⑦ 前期高齢者										
求	⑦ 障老	4	159,176	68,389		定					
(内 訳 書)											
診療年月	受給者番号	入院外来	診療報酬請求点数(レセプトの点数)及び限度額	一部負担金	備考	診療年月	受給者番号	入院外来	診療報酬請求点数(レセプトの点数)及び限度額	一部負担金	備考
年 月	患者氏名	区分	⑦ 7割 ⑦ 8割 ⑦ 限度額(入院のみ) ⑦ 前期高齢者 ⑦ 障老			年 月	患者氏名	区分	⑦ 7割 ⑦ 8割 ⑦ 限度額(入院のみ) ⑦ 前期高齢者 ⑦ 障老		
23 4	氏名を記載する。	入・外	777			23 4	氏名を記載する。	入・外	777		
23 4	0 0 2 1 8 6 5	入・外				23 4	0 0 2 1 8 6 5	入・外			
23 4	6歳・外来・初診時一部負担金徴収あり	入・外		2,355		23 4	6歳・外来・初診時一部負担金徴収あり	入・外		2,355	
23 4	4 0 0 0 7 1 6	入・外				23 4	4 0 0 0 7 1 6	入・外			
23 4	6歳・外来・初診時一部負担金徴収なし	入・外		2,355		23 4	6歳・外来・初診時一部負担金徴収なし	入・外		2,355	
23 4	0 0 5 6 2 2 0	入・外				23 4	0 0 5 6 2 2 0	入・外			
23 4	一般・入院・課税	入・外	19,864			23 4	一般・入院・課税	入・外	19,864		
23 4	1 1 5 0 4 7 8	入・外				23 4	1 1 5 0 4 7 8	入・外			
23 4	一般・外来・課税	入・外	14,783			23 4	一般・外来・課税	入・外	14,783		
23 4	3 2 4 0 9 5 2	入・外				23 4	3 2 4 0 9 5 2	入・外			
23 4	一般・外来・低所得	入・外	1,355			23 4	一般・外来・低所得	入・外	1,355		
23 4	8 2 0 7 2 2 3	入・外				23 4	8 2 0 7 2 2 3	入・外			
23 4	障老・入院・3割	入・外				23 4	障老・入院・3割	入・外			
23 4	5 0 2 7 4 1 6	入・外				23 4	5 0 2 7 4 1 6	入・外			
23 4	障老・入院・3割	入・外				23 4	障老・入院・3割	入・外			
23 4	2 2 2 5 8 5 2	入・外				23 4	2 2 2 5 8 5 2	入・外			
23 4	障老・外来・3割一部負担金徴収なし	入・外				23 4	障老・外来・3割一部負担金徴収なし	入・外			
23 4	5 4 3 2 1 3 3	入・外				23 4	5 4 3 2 1 3 3	入・外			
23 4	障老・外来・3割一部負担金徴収あり	入・外				23 4	障老・外来・3割一部負担金徴収あり	入・外			
小 計			件数 4 2 0 3	点数 36,759 4,710 159,176 100,763		小 計			件数 4 2 0 3	点数 36,759 4,710 159,176 100,763	

市町村名を記載し、必ず市・町・村の該当するものを○で囲んで下さい。

医療機関コード、医療機関の所在地・名称・開設者氏名を記載し、開設者印を押印して下さい。

◇ 70歳未満の患者のうち、入院で限度額適用認定証等を提示した場合、⑦ 限度額欄に該当金額を記載してください。

低所得者について初診料を算定した場合に「初」を○で囲み、初診時一部負担金を記載して下さい。

初診時一部負担金を徴収しない旨の協定をしている場合は、初診時一部負担金を○で囲んで下さい。

一部負担金を徴収した場合は、「課」を○で囲み、一部負担金を記載する。一部負担金は1割相当額を1円単位で記載して下さい。

※一部負担金1割相当額の月額限度額
入院 44,400円
外来 12,000円

一部負担金欄に記載を要しない場合は空欄として下さい。

「障老」欄の金額(入院)は、レセプトに記載された一部負担金(10円未満四捨五入)を記載して下さい。

また、一部負担金欄の金額は、1割相当額を1円単位で記載して下さい。

一部負担金を徴収しない旨の協定をしている場合、一部負担金を○で囲んで下さい。

一部負担金を徴収した場合は、1割相当額を1円単位で記載して下さい。

◇ 65歳以上の受診者から「重度心身障害者医療費受給者証」の提示があった場合、「後期高齢者医療被保険者証」の確認をしてください。

○ ひとり親家庭等医療費請求書の記載例

ひとり親家庭等医療費請求書 (医療機関用)

平成 23 年 4 月分下記のとおり請求する
平成 年 月 日

医療機関コード

市町村長 様

医療機関等の
所在地及び名称
開設者氏名
Tel

㊞

※記載要領裏面

区分	保険 給付	件数	診療報酬請求総点数(レセプト の総点数)及び限度額等	一部負担金	請求事務 手数料	区分	件数	診療報酬請求総点数(レセプト の総点数)及び限度額等	一部負担金
請求	㊵ 7 割	2 件	2,710 点	1,355 円		※決 定	件	点	円
	㊵ 8 割	3	4,933	956					
	㊵ 限度額 (入院のみ)		円					円	
	㊶ 長期高額								
	㊶ 結・精								

(内 訳 書)

診療 年月	受 給 者 番 号							入院 外来 区分	診 療 報 酬 請 求 総 点 数 (レセプトの総点数) 及び 限度 額			㊦ 請 求 金 額		一 部 負担金	備 考
	患 者 氏 名								保 険 給 付			長期高額疾病	結核・精神		
									㊦ 7 割	㊦ 8 割	㊦ 限度額 (入院のみ)				
23 4	0	0	0	4	5	6	2	入・ 外・㊦	点 1,355	点	円	円	結・精 円	初・課 円 1,355	
23 4	1	0	0	7	1	8	6	入・ 外・㊦	点 1,355				結・精	初・課 (1,355)	
23 4	1	1	4	4	2	5	7	入・ 外・㊦		2,355			結・精	初・課 510	
23 4	3	1	8	6	2	0	4	入・ 外・㊦		2,355			結・精	初・課 (510)	
23 4	0	7	6	9	4	5	2	入・ 外・㊦		223			結・精	初・課 446	
								入・ 外・					結・精	初・課	
								入・ 外・					結・精	初・課	
								入・ 外・					結・精	初・課	
								入・ 外・					結・精	初・課	
								入・ 外・					結・精	初・課	
小 計								件数	2 件	2 件	件	件	件	円	
								点数 及び 金額	点 2,710	点 4,710	円	円	円	1,865	

6. そ の 他

◎ 「摘要」欄について

1. 介護保険に相当するサービスのある診療を行った場合に、当該患者が要介護者又は要支援者である場合は、「摘要」欄に ㊦ と記載すること。
2. 内訳を記載するに当たって、「摘要」欄に書ききれない場合は、明細書と同じ大きさの用紙（用紙の色は白色で可とする。）に、診療年月・医療機関コード・患者氏名・保険種別番号（例；1・社・国 1単独 2本外）、保険者番号・被保険者証・保険者手帳等の記号・番号を記載した上、所定の内容を記載し、続紙として、当該明細書の次に重ね、左上端を糊付けすること。
ただし、後期高齢者医療に係る続紙については、当該明細書の次に重ね、左上端を糊付けしないでください。
3. 用紙下端の空欄部分は、OCR処理等、審査支払機関の事務処理に供するため、その他の目的には使用しないでください。

◎ 資格証明書に係る特別療養費の取扱いについて

1. 保険医療機関窓口での取り扱いについて
 - (1) 国保被保険者から資格証明書の提示があったときには、保険診療に準じた取扱（1点単価10円で計算）をして下さい。
 - (2) 診療費用の全額を患者さんから支払ってもらうことになります。その場合は必ず患者さんに領収書を発行してください。

2. レセプトの取扱いについて

※ 下記の点が通常のレセプトと取扱いが異なりますので特にご留意願います。

- (1) 資格証明書に係る診療費用の審査事務を国保連合会に委託しているため、当該受診患者の診療費用に係る届書（レセプトを代用）を必ず作成して下さい。
- (2) レセプトの上部余白に『特別療養費』と朱書きして下さい。
- (3) 通常のレセプトと区別しなければ、国保連合会では資格証明書によるレセプトと判らずにすでに患者さんから全額支払を受けている医療機関に対し、更に7割分を支払ってしまう恐れがあるので、必ず別の封筒に入れ国保連合会に提出願います。

医療機関番号

増減点・返戻通知書

7 増減点通知書・返戻付せん（見本）

平成 年 月請求分（ 月診療分）
ありましたのでお知らせします。

診療報酬明細書（療養・はり・きゅう、マッサージ療養費支給明細書）を審査した結果、下記のとおり請求点数増減返戻が

北海道国民健康保険団体連合会

殿

平成23年 月 日 作成 1/ 1頁

保 険 者 番 号		科 別	保 険 制 度	本・家 入・外	法 別				被 保 険 者 証 記 号 ・ 番 号	増 減				一 部 負 担 金		返 戻		摘 要	診 療 年 月	備 考
保 険 者 名					①	②	③	④		箇 所	事 由	増 額	減 額	増 額	減 額	日 数	点 数 / 金 額			
			一般	高外					13	A		70					観管B 70×1→0×0			
			一般	家外											1	858			点数	
			一般	本外					13	A		40					困難加算 40×1→0×0	23	04	
			一般	本外					13	A		40					困難加算 40×1→0×0			
			一般									150			1	858	返戻1件			
			合計									150			1	858	返戻1件			
</																				

平成 年 月 請求分 (月診療分)

平成 年 月 請求分 (月 診療分)
ありましたのでお知らせします。

診療報酬明細書 (柔整、はり・きゅう、マッサージ療養費支給申請書)

殿

平成 年 月 日 作成

1/1 頁

[illegible]

〔後期高齢者医療〕増減点返戻通知書

月 分 増 減 点 連 絡 書 (歯 科)

医療機関コード:

医療機関名

御中

北海道国民健康保険団体連合会

診療 年月	受付番号 レセプト番号	保険者番号等	区分	給付 区分	氏 名 カルテ番号	箇所	法別	増減点数 (金額)	事由	負担	請 求 内 容	負担	補 正 ・ 査 定 後 内 容
			後外一			13	39	-40	A	1	根管A 咬合機能回復困難加算 (有床歯管理料) 190× 1	1	根管A 150× 1
						合計	39	-40			5,194		5,154
			高外一			63	00	-26	A	1	硬質レジン歯白歯用 773円/組 0.5組 39× 1	1	レジン歯白歯用 (JIS適合品) 269円/組 0.5組 13× 1
						合計	00	-26			19,655		19,629
			本外			21	00	-18	F	1	医薬品区分: 内服薬剤 オゼックス錠150 150mg 3錠 36× 3	1	内服薬剤 オゼックス錠150 150mg 3錠 30× 3
						合計	00	-18			1,657		1,639

備考

記 号 凡 例
(増減点箇所)

<入院>

- | | |
|-------------|----------------|
| 11 初診 | 3.9 薬剤料減点 |
| 13 管理 | 4.0 処置 |
| 14 在宅 | 5.0 手術 |
| 21 投薬・内服 | 5.4 麻酔 |
| 22 投薬・点滴 | 6.0 検査・病理 |
| 23 投薬・外用 | 7.0 画像診断 |
| 24 投薬・調剤 | 8.0 その他 |
| 26 投薬・麻酔 | 9.0 入院基本料 |
| 27 投薬・調剤 | 9.2 特定入院料・その他 |
| 31 注射・皮下筋肉内 | 9.7 食事療養・生活療養・ |
| 32 注射・静脈内 | 標準負担額 |
| 33 注射・その他 | |

合計 (療費の給付合計)
食事 (食事療養 合計)

<入院外>

- | |
|-----------------|
| 1.1 初診 |
| 1.2 再診 |
| 1.3 管理 |
| 2.1 投薬・注射 |
| 3.1 X線検査 |
| 4.1 処置・手術1 |
| 4.2 処置・手術2 |
| 4.3 処置・手術3 |
| 4.4 処置・手術 (その他) |
| 5.4 麻酔 |

- | |
|-----------------|
| 6.1 修復・補綴1 |
| 6.2 修復・補綴2 |
| 6.3 修復・補綴3 |
| 6.4 修復・補綴 (その他) |
| 8.0 全体のその他 |
| 9.9 損傷 |
| 合計 (療費の給付合計) |

(増減点事由)

1. 診療内容に関するもの

A. 適応と認められないもの

B. 過剰と認められるもの

C. 重複と認められるもの

D. 前各号の外不適当 (疑義解釈通知等に
照らして不適当なものを含む。)
又は不必要と認められるもの

2. 事務上に関するもの

F. 固定点数が誤っているもの

G. 請求点数の集計が誤っているもの

H. 総計計算が誤っているもの

K. その他

月分・返戻内訳書(歯科)

医療機関コード:

医療機関名

北海道国民健康保険団体連合会

[illegible]

返戻付せん（1. 審査委員会）

別記様式第6号の4

返戻（照会）付せん

平成 年 月

北海道国民健康保険診療報酬審査委員会

この明細書は、下記の理由により返戻（照会）します。必要事項を記載、整備して翌月分に含めて再提出ください。

診療上の疑義または照会事項

1. 傷病名（部位）
（ ）不備です。
（———|———）重複です。
（ ）ご再調下さい。
2. 病名と診療内容が不一致です。
（ ）
3. 医学管理料
歯管、実地指（1・2）、義管（A・B・C）・困難加算・義調について再調願います。
4. 次の投薬・X線・検査等を必要とした理由を、お知らせ下さい。
[]

5. Pの検査・処置内容について、お知らせ下さい。
[]

6. [] 有床義歯
床裏装
床修理
について、ご再調下さい。

7. () 保険給付外です。

8. 摘要記載について
[]

9. その他

上記について、ご再調ください。

病名の訂正、追加等は必ず明細書にも記載してください。

回
答

（注意）この用紙は必ず添付したまま提出してください。

（歯科）

返戻付せん（２．事務）

別記様式第 6 号の 3

返 戻（照会）用 紙

平成 年 月

北海道国民健康保険診療報酬審査委員会

この明細書は、下記の理由により返戻しますから整備のうえ翌月分に含めて再提出願います。

記載不備事項

1. 保険医療機関の所在地及び名称開設者氏名
届出印もれ
2. 記号・番号（保険者名不一致・不備・もれ・再調）
3. （ ）に混入
4. 公費負担者番号・受給者番号もれ
5. 傷病名（部位）もれ（ ）
重複（———）
6. 診療開始日、実日数、診療月、生年月日、
被保険者氏名、性別（もれ・再調）
7. 初診料の算定根拠
8. 実日数と再診回数の不一致
9. 投薬料・注射料
イ. 薬名・規格単位・使用量（記載もれ・再調）
ロ. 処方・調剤料（もれ・不一致）
ハ. 診療実日数と処方・調剤回数の不一致
ニ. 薬剤単位数と調剤回数の不一致
ホ. 点数算定根拠不明（ ）
10. 歯冠修復・ボンティック大小不一致
11. 病名の部位数（ ）と義歯数
（ ）不一致（上・下）
12. 診療情報提供料（ ）の算定日もれ
13. 歯科訪問診療料・訪問歯科衛生指導料
訪 問 日・指導日もれ
訪 問 先・通院が困難な理由もれ
開始時刻・終了時刻もれ
外来分がある時は明確に記載。

14. 摘要記載について

15. (未)の診療月は製作月で記載
16. 給付割合（不一致・再調）
（請求書 割，明細書 割）
17. 一部負担金（もれ・再調）
18. 依頼返戻（ 日文言）
19. 重複請求（完全・一部）
20. 明細書様式の誤り
21. 連合会取扱外
22. 高齢受給者該当（します・しません）
23. 6 歳（未就学者）該当（します・しません）
24. 後期高齢者該当（します・しません）
25. 退職者該当しません
26. （ ）計及び合計点数再調
27. その他

（注意）この用紙は必ず添付したまま提出してください。

（歯科）

病名もれの場合には明細書に記載してください。

返戻付せん（3. 重度心身障害者・ひとり親家庭等医療費請求書）

返 戻（照会）用 紙

平成 年 月

北海道国民健康保険団体連合会

この重度心身障害者・ひとり親家庭等医療費請求書は、下記の理由により返戻しますから
整備のうえ再提出願います。

1. 保険医療機関（名称、所在地）開設者氏名押印もれ

2. 市町村名もれ

3. 請求欄と内訳書欄不一致

4. 診療年月・受給者番号・氏名・入外区分もれ

5. 一部負担金再調

6. 請求不要につき（下記理由により、囲み部分のみ返戻します。なお、他は決定済みです。）

イ. 診療実日数が1日の場合で、初診時に要した自己負担額が510円以下の場合は、その額を
初診時一部負担金として徴収し、請求書は作成しない。

ロ. 前期高齢者（9割）、老健（9割）で一ヶ月に要した自己負担額が、入院（ 円）
以下、外来（ 円）以下の場合は、その額を一部負担金として徴収し、請求書は作成
しない。

7. その他

（注意）

- ・ この用紙は必ず添付したまま提出してください。
- ・ 重度心身障害者・ひとり親家庭等医療費請求書は、診療報酬明細書の中に閉じこまないで
提出して下さい。

8. 過誤調整依頼書

作成年月日：平成23年 7月13日

下記のとおり過誤がありましたので、依頼いたします。

保険者名			
保険者番号			
申出年月	平成23年 7月	診療（調剤）年月	平成23年 4月
点数表 歯 科	保険医療機関コード・名称		
診療科	保険薬局コード・名称		
保険種別	国保	本人家族入外区分	世帯主・入院外
被保険者証記号・番号	割合 70%		
被保険者名	生年月日		昭和 年 月 日 性別 男
レセプト全国共通キー	国保連レセプト番号		

過誤調整依頼理由

実施主体	保険者
理由	被保険者証記号番号、受給者番号、氏名、生年月日、性別の誤り
申出種別	返戻
変更後保険者番号	
変更後被保険者証記号	
変更後被保険者証番号	
返付依頼整理番号	

理由詳細

被保険者証番号誤りのため返戻いたします。

過誤調整依頼結果

審査結果

返戻事由

連絡

保険者

ページ番号：000,001-001

再審査等請求内訳票（その1）資格関係等

保険者番号又は実施機関番号：

整理番号：

請求回数：01

診療年月：23年 4月

区分：家族外

都道府県番号：01

点数表番号：3

医療機関コード：

記号：

番号：

患者氏名：

◎この内訳票を貼付したまま提出してください。

保険者（負担者）番号	受給者番号	療養の給付	一部負担金	食事・生活療養	標準負担額
国保		309			
公1					
公2					
公3					
公4					

再審査等請求理由		再審査等結果
1	09 退職（本・家）該当 （補足） 本人・被扶養者の様式誤り退職本人で請求してください。	（結果）返戻

連合会 使用欄	増減点	療養の給付	一部負担金	食事・生活療養	標準負担額	請求理由	責任	請求数	処理	診療科	再々審
	医保										
	公1										
	公2										
	公3										
	公4										

【オンライン請求医療機関の皆様へ】

32

本レセプトは別にオンラインで電子レセプトを送信していますので、オンラインにより再請求する場合は破棄願います。

保険者より申し出があり再審査いたしました結果、下記のとおり決定しましたのでお知らせいたします。

北海道国民健康保険団体連合会

平成 23 年 8 月 2 日 作成 1 / 1 頁

医療法人社団

· 殿

[illegible]

10. 診療報酬明細書（再審査・取下げ）請求書

平成 年 月 日

北海道国民健康保険団体連合会 御中

保険医療機関等の
所在地及び名称

開設者氏名

電話番号

再審査等請求書

下記理由により、診療報酬明細書を〔再審査
取下げ〕願います。

1	点数表	1.医科 3.歯科 4.調剤 5.重度 6.ひとり親 9.訪問	医療機関 等コード			(旧)総合病院 診療科		
2	診療 年月	年 月	請求年月 (調整年月)	年 月	明細書 区分	1.一般 2.退職 3.老健 4.後期	1入院 2外来 再審査 対象種別	1.1次審査 2.再審査
3	保険者番号					記号・番号 被保険者番号		
4	公費負担者番号 (市町村番号)					受給者番号		
5	フリガナ					生 年 月 日	老健・後期(税区分)	
	患者氏名					1.明治 2.大正 3.昭和 4.平成 年 月 日	一定以上・一般・低1・低2	
	当初請求点数(金額)					点(円)	当初請求一部負担金	円
	当初請求食事療養費					円	当初請求標準負担額	円
6		減点点数(金額)	減点事由及び箇所		減 点 内 容			
	①	点(円)						
	②							
	③							
	④							
	⑤							

請求理由

備 考

--

1. 申出は、診療報酬明細書1枚につき1枚の再審査等請求書(申出書)を作成して下さい。
2. 各通知票・通知書等の写しを添付願います。
3. 再審査の申出は、各通知票・通知書等がお手元に届いてから6ヵ月以内に行って下さい。
4. 提出方法は個人情報の関係上、必ず郵送でお願いいたします。(FAX不可)

診療報酬明細書（再審査・取下げ）の記載方法

北海道国民健康保険団体連合会 御中

取下げ（返戻依頼）記載例

◎印部分を記載し、郵送して下さい。

例）国保一般の単独分一外来

平成 年 月 日

保険医療機関等の
所在地及び名称
開設者氏名
電話番号

再 審 査 等 請 求 書

下記理由により、診療報酬明細書を〔再審査
取下げ〕願います。

1	点数表	1.医科 ③ 2.歯科 4.調剤 5.重度 6.ひとり親 9.訪問	医療機関 等コード	01. 3000. 1	(旧)総合病院 診療科
2	診療 年月	○年○月	請求年月 (調整年月)	○年○月	明細書 区分
					1.一般 2.退職 3.老健 4.後期
3	保険者番号	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	記号・番号 被保険者番号	○ ○ - ○ ○ ○ ○	1入院 2.外来 再審査 対象種別
4	公費負担者番号 (市町村番号)		受給者番号		1. 1次審査 2. 再審査
5	フリガナ	○	生 年 月 日	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	老健・後期(税区分)
	患者氏名	○	1.明治 2.大正 3.昭和 4.平成 年 月 日	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	一定以上・一般・低1・低2
	当初請求点数(金額)	○ ○ ○ ○ 点(円)	当初請求一部負担金		円
	当初請求食事療養費	円	当初請求標準負担額		円
6	減点点数(金額)	減点事由及び箇所	減 点 内 容	●必ず記載ください。	
	①	点(円)			
	②				
	③				
	④				
	⑤				

請求理由 [取下げ（返戻依頼）理由]

具体的に記載してください。

備 考

1. 申出は、診療報酬明細書1枚につき1枚の再審査等請求書(申出書)を作成して下さい。
2. 各通知票・通知書等の写しを添付願います。
3. 再審査の申出は、各通知票・通知書等がお手元に届いてから6カ月以内に行って下さい。
4. 提出方法は個人情報の関係上、必ず郵送でお願いいたします。(FAX不可)

1 1 国民健康保険保険者番号一覧（道内）

各保険者番号の頭に「01」が入ります。

保険者名	保険者番号	検証番号	保険者名	保険者番号	検証番号	保険者名	保険者番号	検証番号	保険者名	保険者番号	検証番号	保険者名	保険者番号	検証番号	保険者名	保険者番号	検証番号
市	(35)		渡 島	(9)		空 知	(14)		羽 幌 町	1 4 2 9		日 高	(7)		根 室	(4)	
札幌市	0 0 1 7		松 前 町	0 5 7 9		南 幌 町	1 0 4 9		初 山 別 村	1 4 3 7		平 取 町	1 9 1 6		別 海 町	2 2 7 8	
函 館 市	0 0 2 5		福 島 町	0 5 8 7		*奈井江町	1 0 5 6		遠 別 町	1 4 4 5		日 高 町	1 9 2 4		中 標 津 町	2 2 8 6	
小 樽 市	0 0 3 3		知 内 町	0 5 9 5		*上砂川町	1 0 6 4		天 塩 町	1 4 5 2		新 冠 町	1 9 3 2		標 津 町	2 2 9 4	
旭 川 市	0 0 4 1		木 古 内 町	0 6 0 3		由 仁 町	1 0 7 2		宗 谷	(9)		新ひだか町	1 9 4 0		羅 白 町	2 3 0 2	
室 蘭 市	0 0 5 8		七 飯 町	0 6 3 7		長 沼 町	1 0 8 0		幌 延 町	1 4 6 0		浦 河 町	1 9 6 5				
釧 路 市	0 0 6 6		鹿 部 町	0 6 8 6		栗 山 町	1 0 9 8		猿 払 村	1 4 7 8		様 似 町	1 9 7 3		計	179市町村	
帯 広 市	0 0 7 4		森 町	0 7 0 2		月 形 町	1 1 0 6		浜 頓 別 町	1 4 8 6		え り も 町	1 9 8 1				
北 見 市	0 0 8 2		八 雲 町	0 7 1 0		*浦 臼 町	1 1 1 4		中 頓 別 町	1 4 9 4		十 勝	(18)		国保組合	(4)	
夕 張 市	0 0 9 0		長 万 部 町	0 7 2 8		*新十津川町	1 1 2 2		枝 幸 町	1 5 0 2		音 更 町	1 9 9 9		道歯科医師	3 0 1 1	
岩 見 沢 市	0 1 0 8		桧 山	(7)		妹 背 牛 町	1 1 3 0		豊 富 町	1 5 2 8		士 幌 町	2 0 0 5		道 薬 剤 師	3 0 2 9	
網 走 市	0 1 1 6		江 差 町	0 7 3 6		秩 父 別 町	1 1 4 8		札 文 町	1 5 3 6		上 士 幌 町	2 0 1 3		道 医 師	3 0 3 7	
留 萌 市	0 1 2 4		上ノ国町	0 7 4 4		*雨 竜 町	1 1 5 5		利 尻 町	1 5 4 4		鹿 追 町	2 0 2 1		道 建 設	3 0 4 5	
苫 小 牧 市	0 1 3 2		厚 沢 部 町	0 7 5 1		北 竜 町	1 1 6 3		利 尻 富 士 町	1 5 5 1		新 得 町	2 0 3 9				
稚 内 市	0 1 4 0		乙 部 町	0 7 6 9		沼 田 町	1 1 7 1		網 走	(15)		清 水 町	2 0 4 7				
美 唄 市	0 1 5 7		奥 尻 町	0 7 9 3		上 川	(19)		大 空 町	1 5 7 7		芽 室 町	2 0 5 4				
芦 別 市	0 1 6 5		せたな町	0 8 1 9		幌 加 内 町	1 1 8 9		美 幌 町	1 5 8 5		中 札 内 村	2 0 6 2				
江 別 市	0 1 7 3		今 金 町	0 8 2 7		鷹 栖 町	1 1 9 7		津 幌 町	1 5 9 3		更 別 村	2 0 7 0				
赤 平 市	0 1 8 1		後 志	(19)		★東神楽町	1 2 0 5		斜 里 町	1 6 0 1		大 樹 町	2 0 9 6				
紋 別 市	0 1 9 9		☆島牧村	0 8 3 5		当 麻 町	1 2 1 3		清 里 町	1 6 1 9		広 尾 町	2 1 0 4				
士 別 市	0 2 0 7		寿 都 町	0 8 4 3		比 布 町	1 2 2 1		小 清 水 町	1 6 2 7		幕 別 町	2 1 1 2				
名 寄 市	0 2 1 5		☆黒松内町	0 8 5 0		愛 別 町	1 2 3 9		訓 子 府 町	1 6 4 3		池 田 町	2 1 2 0				
三 笠 市	0 2 2 3		☆蘭越町	0 8 6 8		上 川 町	1 2 4 7		置 戸 町	1 6 5 0		豊 頃 町	2 1 3 8				
根 室 市	0 2 3 1		☆ニセコ町	0 8 7 6		★東川町	1 2 5 4		佐 呂 間 町	1 6 7 6		本 別 町	2 1 4 6				
千 歳 市	0 2 4 9		☆真狩村	0 8 8 4		★美瑛町	1 2 6 2		遠 軽 町	1 7 0 0		足 寄 町	2 1 5 3				
滝 川 市	0 2 5 6		☆留寿都村	0 8 9 2		上 富 良 野 町	1 2 7 0		湧 別 町	1 7 4 2		陸 別 町	2 1 6 1				
砂 川 市	0 2 6 4		☆喜茂別町	0 9 0 0		中 富 良 野 町	1 2 8 8		滝 上 町	1 7 5 9		浦 幌 町	2 1 7 9				
*歌志内市	0 2 7 2		☆京極町	0 9 1 8		南 富 良 野 町	1 2 9 6		興 部 町	1 7 6 7		釧 路	(7)				
深 川 市	0 2 8 0		☆倶知安町	0 9 2 6		占 冠 村	1 3 0 4		西 興 部 村	1 7 7 5		釧 路 町	2 1 8 7				
富 良 野 市	0 2 9 8		☆共和町	0 9 3 4		和 寒 町	1 3 1 2		雄 武 町	1 7 8 3		厚 岸 町	2 1 9 5				
登 別 市	0 3 0 6		岩 内 町	0 9 4 2		釧 淵 町	1 3 2 0		胆 振	(7)		浜 中 町	2 2 0 3				
恵 庭 市	0 3 1 4		☆泊 村	0 9 5 9		下 川 町	1 3 5 3		豊 浦 町	1 7 9 1		標 茶 町	2 2 1 1				
伊 達 市	0 3 2 2		☆神恵内村	0 9 6 7		美 深 町	1 3 6 1		洞 爺 湖 町	1 8 0 9		弟 子 屈 町	2 2 2 9				
北 斗 市	0 3 4 8		☆積丹町	0 9 7 5		音 威 子 府 村	1 3 7 9		壮 瞥 町	1 8 3 3		鶴 居 村	2 2 4 5				
北 広 島 市	0 5 1 2		☆古 平 町	0 9 8 3		中 川 町	1 3 8 7		白 老 町	1 8 4 1		白 糠 町	2 2 5 2				
石 狩 市	0 5 2 0		☆仁木町	0 9 9 1		留 萌	(7)		安 平 町	1 8 6 6							
石 狩	(2)		余 市 町	1 0 0 7		増 毛 町	1 3 9 5		厚 真 町	1 8 7 4							
当 別 町	0 5 3 8		☆赤井川村	1 0 1 5		小 平 町	1 4 0 3		む かわ 町	1 8 8 2							
新 篠 津 村	0 5 4 6					苫 前 町	1 4 1 1										

「☆」の保険者は後志広域連合、「*」の保険者は空知中部広域連合、「★」の保険者は大雪山地区広域連合です。

1 2. 後期高齢者医療広域連合番号一覧表

都 道 府 県 名	広域連合番号								都 道 府 県 名	広域連合番号							
北 海 道	3	9	0	1	0	0	0	4	滋 賀 県	3	9	2	5	0	0	0	6
青 森 県	3	9	0	2	0	0	0	3	京 都 府	3	9	2	6	0	0	0	5
岩 手 県	3	9	0	3	0	0	0	2	大 阪 府	3	9	2	7	0	0	0	4
宮 城 県	3	9	0	4	0	0	0	1	兵 庫 県	3	9	2	8	0	0	0	3
秋 田 県	3	9	0	5	0	0	0	0	奈 良 県	3	9	2	9	0	0	0	2
山 形 県	3	9	0	6	0	0	0	9	和 歌 山 県	3	9	3	0	0	0	0	9
福 島 県	3	9	0	7	0	0	0	8	鳥 取 県	3	9	3	1	0	0	0	8
茨 城 県	3	9	0	8	0	0	0	7	鳥 根 県	3	9	3	2	0	0	0	7
栃 木 県	3	9	0	9	0	0	0	6	岡 山 県	3	9	3	3	0	0	0	6
群 馬 県	3	9	1	0	0	0	0	3	広 島 県	3	9	3	4	0	0	0	5
埼 玉 県	3	9	1	1	0	0	0	2	山 口 県	3	9	3	5	0	0	0	4
千 葉 県	3	9	1	2	0	0	0	1	徳 島 県	3	9	3	6	0	0	0	3
東 京 都	3	9	1	3	0	0	0	0	香 川 県	3	9	3	7	0	0	0	2
神 奈 川 県	3	9	1	4	0	0	0	9	愛 媛 県	3	9	3	8	0	0	0	1
新 潟 県	3	9	1	5	0	0	0	8	高 知 県	3	9	3	9	0	0	0	0
富 山 県	3	9	1	6	0	0	0	7	福 岡 県	3	9	4	0	0	0	0	7
石 川 県	3	9	1	7	0	0	0	6	佐 賀 県	3	9	4	1	0	0	0	6
福 井 県	3	9	1	8	0	0	0	5	長 崎 県	3	9	4	2	0	0	0	5
山 梨 県	3	9	1	9	0	0	0	4	熊 本 県	3	9	4	3	0	0	0	4
長 野 県	3	9	2	0	0	0	0	1	大 分 県	3	9	4	4	0	0	0	3
岐 阜 県	3	9	2	1	0	0	0	0	宮 城 県	3	9	4	5	0	0	0	2
静 岡 県	3	9	2	2	0	0	0	9	鹿 児 島 県	3	9	4	6	0	0	0	1
愛 知 県	3	9	2	3	0	0	0	8	沖 縄 県	3	9	4	7	0	0	0	0
三 重 県	3	9	2	4	0	0	0	7									

※ 後期高齢者医療調剤報酬請求書の「保険者番号」欄に記載する広域連合番号。

北海道国民健康保険団体連合会案内図

〒060-0062 札幌市中央区南2条西14丁目 国保会館内

TEL 011-231-5161 (内線2113・2114・2115・2116)

fax 011-231-7178

交通

地下鉄東西線「西11丁目」駅
2番出口 徒歩8分

