



福岡医発第1317号(地)
平成18年10月 6日



各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会 長 横 倉



健康保険法等の一部改正に伴う国保診療報酬請求書様式の改正
に係る取扱いについて

平成18年10月実施の健康保険法等の一部改正に伴い、診療報酬請求書等の様式についても改正が行われましたが、今般、福岡県国民健康保険団体連合会より、福岡県の様式の改正と取り扱いにつきまして、別紙のとおり各医療機関に直接通知されておりますのでご連絡申し上げます。

小郡三井医師会より

担当理事 友清 明



事 務 連 絡

平成 18 年 10 月 4 日

各保険医療機関 殿

福岡県国民健康保険団体連合会

健康保険法等の一部改正に伴う

診療報酬請求書様式の改正に係る取扱いについて（お願い）

拝啓、時下益々ご清栄のこととお喜び申し上げます。

平素から、本会の事業運営につきましては格別のご高配を賜り厚くお礼申し上げます。

既にご承知のとおり、平成 18 年 10 月より健康保険法等の一部改正が行われ、それに伴い診療報酬請求書の様式についても改正が行われました。

つきましては、事務処理の迅速かつ的確な処理を行うために、別添の諸事項について、御協力をいただきますようよろしくお願いいたします。

なお、このことにつきましては、福岡県医師会、福岡県国保・援護課へ、御協力方をお願いをしております。

※当事務連絡につきましては、本会のホームページに 10 月 17 日以降に掲載します。

URL「<http://www.kokuhoren-fukuoka.jp/>」

問合せ先

審査管理部 審査管理課 管理系整係

TEL 092 (642) 7837

(別添)

1. 診療報酬請求書に関する事項

- (1) 診療報酬請求書（以下「請求書」という。）の様式が改正されましたが、福岡県国民健康保険団体連合会に提出していただきます請求書につきましては、「別紙1～5」の様式とさせていただきます。

※下記の項目を追加させていただきます。（前回同様）

- ・「入院・入院外」欄に、該当する診療報酬明細書（以下「明細書」という。）の「本人・家族」欄の「1」～「0」の番号
- ・「公費負担医療」欄に、「一部負担金」欄と「患者負担額」欄

※「薬剤一部負担金」欄を削除させていただきます。

- (2) 国保組合の請求につきましては、福岡県歯科医師国保組合（302）と福岡県医師国保組合（303）の前期高齢者（現役並みの所得者）で組合員本人が「7割」ではなく「8割」の給付が行われることに伴い、国保組合用「様式第六（四ノ一）」「様式第六（四ノ二）」の給付割合ごとに記載していただきますようお願いいたします。

※なお、返戻・過誤等による月遅れ請求につきましても、同様に給付割合ごとに記載していただきますようお願いいたします。

※また、今回「一般被保険者」の「組合員」・「家族」・「その他」の欄を「8割」・「7割」・「割」と変更させていただきます。

★旧様式の「様式第六（四ノ一）」の請求書は、平成18年10月診療分以降使用できません。

★市町村国保分の9月診療分前と10月診療分以降の請求が混在する場合には、明細書の「本人・家族」欄の「1」～「0」の番号ごとに請求書に記載していただきますようお願いいたします。

- (3) 国民健康保険、退職者医療及び老人保健と公費負担医療との併用がある場合は、保険種別に係わらず、法制毎の入院・入院外別に「様式第六（一ノ二）」「様式第六（四ノ二）」又は「様式第六（二）」の「公費負担医療」欄へ公費負担の数値を記載（「一部負担金」欄には、前期高齢者及び老人保健における公費負担医療に係る給付対象額を記載）していただきますようお願いいたします。

（老人被爆者（明細書の「特記事項」欄に43原と表示したもの）に係る公費負担につきましては、「㊦ 老人被爆」欄に記載していただきますようお願いいたします。）

- (4) 国保（県外分を含む）と乳幼児・障害者・母子医療の併用につきましては、請求書の「公費負担医療」欄に記載し、自己負担金相当額の記載につきましては、「患者負担額」欄に記載していただきますようお願いいたします。

※なお、医保乳障母の請求につきましては、従来通り「乳・障・母医療費請求書」に記載していただきますようお願いいたします。

- (5) 前期高齢者及び老人保健において、在宅時医学総合管理料又は在宅末期医療総合診療料を算定した明細書と、その他の明細書は、それぞれ別の請求書を作成していただきますようお願いいたします。

- (6) 以上は、平成18年11月1日（10月診療分）からの取扱いです。旧様式の請求書は下記の取扱いにより使用可能です。（但し、国保組合用「様式第六（四ノ一）」のみ取扱いによる使用は出来ません。）

※「様式第六（一ノ一）」…「一般70歳以上8割」→「一般70歳以上7割」「退職者70歳以上8割」→「退職者70歳以上7割」,「様式第六（一ノ二）」…「老人8割」→「老人7割」, 全様式「食事療養」→「食事療養・生活療養」「日数」→「回数」

※旧様式の請求書「様式第六（一ノ二）（四ノ二）」は、市町村国保用の「様式第六（一ノ二）」として使用下さい。

2. 診療報酬総括票に関する事項

今回、国保（県外分を含む）と乳幼児・障害者・母子医療の併用が「公費負担医療」欄に集計するようになりましたが、総括票につきましては従来通り「障害者・乳幼児・母子医療合計」の「国保」欄に集計していただきますようお願いいたします。

ただし、「諸公費合計」欄にしか集計できない場合につきましては、この限りではありません。

「診療報酬請求書」一覧表

区 分	様式番号	用紙の色及び色刷りの別	備 考
(別紙 1) 診療報酬請求書 医科・歯科	様式第六 (一ノ一)	クリーム色紙 黒色刷り	
(別紙 2) 〃	様式第六 (一ノ二)	〃	老人保健及び公費負担医療を請求される場合に使用下さい。
(別紙 3) 〃	様式第六 (二)	〃	様式第六 (一ノ二) (四ノ二) の公費負担医療欄が不足の場合に使用下さい。
(別紙 4) 〃	様式第六 (四ノ一)	〃	国保組合分を請求される場合に使用下さい。
(別紙 5) 〃	様式第六 (四ノ二)	〃	国保組合分の老人保健及び公費負担医療を請求される場合に使用下さい。

※記入のない請求書につきましては、編綴の際に省略していただいても結構です。

請求書・明細書の編綴方法

I. 国保診療報酬総括票

県内分

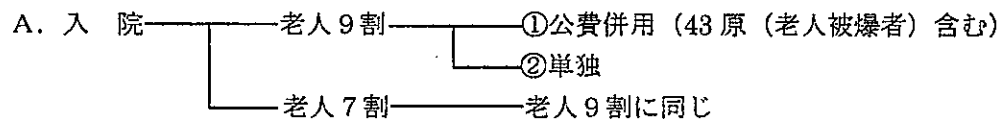
【各市町村国保単位】

II. 請求書

診療報酬請求書「様式第六（一ノ一）」「様式第六（一ノ二）」「様式第六（二）」（クリーム色）

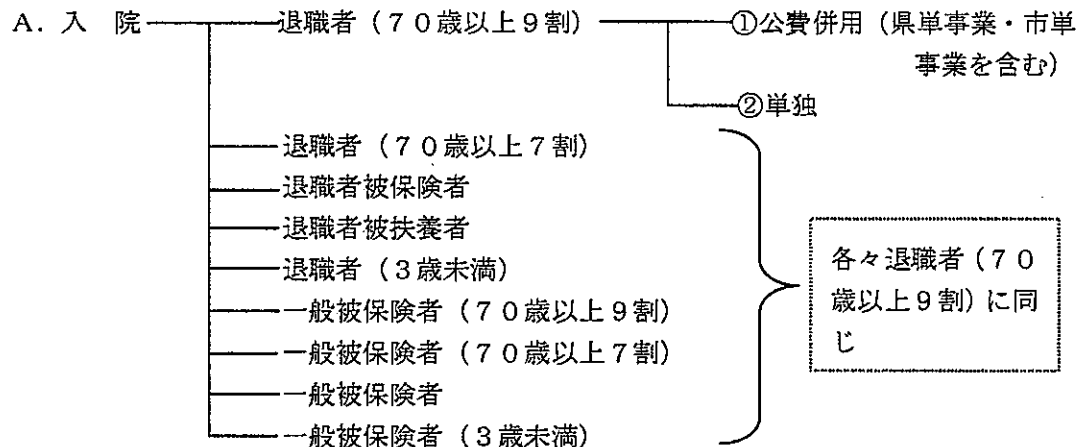
III. 診療報酬明細書

1. 老人保健②



B. 入院外——入院に同じ

2. 老人保健②以外



B. 入院外——入院に同じ

（参考）

○県内国保組合

403022 歯科医師国保 133033 全国土木

403030 医師国保 133264 中央建設

403048 薬剤師国保 133298 全国建設

【各国保組合単位】

IV. 請求書

診療報酬請求書「様式第六（四ノ一）」「様式第六（四ノ二）」「様式第六（二）」（クリーム色）

V. 診療報酬明細書

III. 診療報酬明細書に同じ（退職医療を除く）

〈別綴じ分〉

県外分

VI. 請求書

VII. 診療報酬明細書

県内分の各市町村国保単位及び各国保組合単位に同じ

※41 老人併用分は取扱外。

※乳幼児、障害者及び母子併用分については、「公費併用分」として請求して下さい（県外分に編綴）。

台

紙

その他

【医療保険に係る障害者・乳幼児・母子家庭等医療請求関係】

各市町村単位———①乳・障・母医療費請求書
②障害者医療費明細書（2部複写のうち障害者分）
③乳幼児医療費明細書（2部複写のうち乳幼児分）
④母子家庭等医療費明細書（2部複写のうち母子家庭等分）
○上記の順に国保関係分とは別綴じにして提出下さい。

【障害者（老人保健該当者）一部負担金及び福岡市の医保老人の④老人医療費請求関係】

各市町村単位———①障害者（老人保健該当者）一部負担金請求書総括票
②障害者（老人保健該当者）一部負担金請求書「連記式」
③福岡市老人医療費請求書「連記式」
○上記の順に国保関係分とは別綴じにして提出下さい。

【特別療養費関係】

各市町村国保単位———①特別療養費診療明細書（資格証明書用）送付状
②特別療養費明細書（上部に特別療養費と朱書きする。）
○上記の順に国保関係分とは別綴じにして提出下さい。

〈全般的注意事項〉

○県内分については、市町村国保・国保組合の順に綴じて下さい。

○県外分については、県番号順（各々市町村国保・国保組合順）に綴じて下さい。

○一番下に台紙を付けて下さい。（別綴じ分も同様）

○県内分と県外分は輪ゴム等でまとめて提出下さい。

平成 年 月 分

診療報酬請求書(医科・歯科)

保 険 者

--	--	--	--	--	--

都道府
県番号

40

医療機関
コード

(別 記) 殿

下記のとおり請求する。
平成 年 月 日

国民健康保険

保険医療機関の
所在地及び名称
電話番号
開設者氏名

㊦

		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	数 金	額 標準負担額
一般 一七〇歳以上九型	請 ⑦ 入 院				円				円
	求 ⑧ 入 院 外								
	※決定 ⑦ 入 院								
	⑧ 入 院 外								
一般 一七〇歳以上七型	請 ⑨ 入 院								
	求 ⑩ 入 院 外								
	※決定 ⑨ 入 院								
	⑩ 入 院 外								
一般被保険者	請 入 院								
	求 入 院 外								
	※決定 入 院								
	入 院 外								
一般 (三歳未満)	請 ③ 入 院								
	求 ④ 入 院 外								
	※決定 ③ 入 院								
	④ 入 院 外								
㊦ 退職者 (本人)	請 ① 入 院								
	求 ② 入 院 外								
	※決定 ① 入 院								
	② 入 院 外								
㊦ 退職者 (一七〇歳以上九型)	請 ⑦ 入 院								
	求 ⑧ 入 院 外								
	※決定 ⑦ 入 院								
	⑧ 入 院 外								
㊦ 退職者 (一七〇歳以上七型)	請 ⑨ 入 院								
	求 ⑩ 入 院 外								
	※決定 ⑨ 入 院								
	⑩ 入 院 外								
㊦ 退職者 (被扶養者)	請 ⑤ 入 院								
	求 ⑥ 入 院 外								
	※決定 ⑤ 入 院								
	⑥ 入 院 外								
㊦ 退職者 (三歳未満)	請 ③ 入 院								
	求 ④ 入 院 外								
	※決定 ③ 入 院								
	④ 入 院 外								

注意 ※印の欄は記入しないこと。

平成 年 月 分

診療報酬請求書(医科・歯科)

様式第六(一ノ二)

保 険 者

--	--	--	--	--	--	--	--

都道府
県番号

40

医 療 機 関
コ ー ド

(別 記) 殿

下記のとおり請求する。
平成 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

㊞

老人保健

			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
㉔	老 人 九 割	請 ⑦ 入 院				円			円	円
		求 ⑧ 入 院 外								
		※ ⑦ 入 院								
		決定 ⑧ 入 院 外								
	老 人 七 割	請 ⑨ 入 院								
		求 ⑩ 入 院 外								
		※ ⑨ 入 院								
		決定 ⑩ 入 院 外								

公費負担医療

			療 養 の 給 付					食 事 療 養 ・ 生 活 療 養				
			件 数	診 実 日 数	療 点 数	一部負担金	患者負担額	件 数	回 数	金 額	標準負担額 (公費分)	
④3 老 被 人 爆	請 求 ※決定	入 院										
		入 院 外										
		入 院										
		入 院 外										
	請 求 ※決定	入 院										
		入 院 外										
		入 院										
		入 院 外										
	請 求 ※決定	入 院										
		入 院 外										
		入 院										
		入 院 外										
	請 求 ※決定	入 院										
		入 院 外										
		入 院										
		入 院 外										
	請 求 ※決定	入 院										
		入 院 外										
		入 院										
		入 院 外										

備 考

※高額療養費

70 一般被保険者

件数
金額

71 退職者

件数
金額

円

(注1) 「㉔ 老人被爆」欄は、老人被爆者に係る公費負担の数値を記載願います。

(注2) ※印の欄は記入しないこと。

平成 年 月分

診療報酬請求書(医科・歯科)

様式第六(二)

保険者

--	--	--	--	--	--

都道府
県番号

40

医療機関
コード

(別 記) 殿・国保組合 殿

下記のとおり請求する。
平成 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

公費負担医療

			療 養 の 給 付					食事療養・生活療養				
			件 数	診 療 表 日 数	点 数	一部負担金	患者負担額	件 数	回 数	金 額	標準負担額 (公費分)	
	請 求	入 院										
		入 院 外										
	※決定	入 院										
		入 院 外										
	請 求	入 院										
		入 院 外										
	※決定	入 院										
		入 院 外										
	請 求	入 院										
		入 院 外										
	※決定	入 院										
		入 院 外										
	請 求	入 院										
		入 院 外										
	※決定	入 院										
		入 院 外										
	請 求	入 院										
		入 院 外										
	※決定	入 院										
		入 院 外										
	請 求	入 院										
		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

※高額療養費

70 一般被保険者

件数
金額

円

71 退職者

件数
金額

円

(注) ※印の欄は記入しないこと。

平成 年 月分 診療報酬請求書(医科・歯科)

保険者

--	--	--	--	--	--

都道府
県番号

40

医療機関
コード

国保組合 殿

下記のとおり請求する。
平成 年 月 日

国民健康保険

保険医療機関の
所在地及び名称
電話番号
開設者氏名

㊞

			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			
国 民 健 康 保 険 者	七〇歳以上 九割	請 求	⑦ 入 院				円				円	円	
			⑧ 入 院 外										
		※決定	⑦ 入 院										
			⑧ 入 院 外										
		七〇歳以上 八割	請 求	⑨ 入 院									
				⑩ 入 院 外									
			※決定	⑨ 入 院									
				⑩ 入 院 外									
	七〇歳以上 七割	請 求	⑨ 入 院										
			⑩ 入 院 外										
		※決定	⑨ 入 院										
			⑩ 入 院 外										
	一 般 被 保 険 者	請 求	入 院	8 割									
				7 割									
				割									
			入 院 外	8 割									
				7 割									
				割									
		※決定	入 院	8 割									
				7 割									
割													
入 院 外			8 割										
			7 割										
			割										
三 歳 未 満	請 求	③ 入 院											
		④ 入 院 外											
	※決定	③ 入 院											
		④ 入 院 外											

注意 ※印の欄は記入しないこと。

平成 年 月 分

診療報酬請求書(医科・歯科)

様式第六(四ノ二)

保険者

--	--	--	--	--	--

都道府
県番号

40

医療機関
コード

国保組合 殿

下記のとおり請求する。

平成 年 月 日

老人保健

 保険医療機関の
所在地及び名称
電話番号
開設者氏名

㊞

			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
②7	老人九割	請	⑦ 入 院			円			円	円
		求	⑧ 入 院 外							
		※決定	⑦ 入 院							
			⑧ 入 院 外							
	老人八割	請	⑨ 入 院							
		求	⑩ 入 院 外							
		※決定	⑨ 入 院							
			⑩ 入 院 外							
	老人七割	請	⑨ 入 院							
		求	⑩ 入 院 外							
		※決定	⑨ 入 院							
			⑩ 入 院 外							

公費負担医療

			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	患者負担額	件 数	回数	金 額
④3	老人被爆	請	入 院			円				円
		求	入 院 外							
		※決定	入 院							
			入 院 外							
		請	入 院							
		求	入 院 外							
		※決定	入 院							
			入 院 外							
		請	入 院							
		求	入 院 外							
		※決定	入 院							
			入 院 外							

備 考

※高額療養費	70 一般被保険者	件数 金額	円	71 退職者	件数 金額	円
--------	-----------	----------	---	--------	----------	---

(注1) 「43 老人被爆」欄は、老人被爆者に係る公費負担の数値を記載願います。

(注2) ※印の欄は記入しないこと。