

福岡県医発第 53 号(地)
平成20年 4月 5日



各医師会長 殿

福岡県医師会
会長 横倉 義武
(公印省略)

健康保険法等の一部改正及び後期高齢者医療確保法（後期高齢者医療制度）
の制定に伴う診療報酬請求書の様式等の改正について（お願い）

陽春の候、ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、既にご承知のとおり、平成20年4月より健康保険法等の一部改正が行われ、さらに高齢者医療確保法（後期高齢者医療制度）が施行されました。それに伴い診療報酬請求書の様式等についても改正が行われました。

つきましては、迅速かつ的確な事務処理を行うために、諸事項について福岡県国民健康保険団体連合会より別紙のとおり協力依頼がありましたので、会員周知方よろしくお願い申し上げます。

また、各医療機関及び各訪問看護ステーションへ直接通知が発出されますことを申し添えます。

小郡三井医師会より

担当理事 毛利康茂
島田昇二郎
会長 丸山 泉



福 国 保 連 第 6 9 6 号
平 成 2 0 年 4 月 3 日

各保険医療機関
各保険調剤薬局 殿
各訪問看護ステーション

福岡県国民健康保険団体連合会
理事長 井 上 澄 和
(公 印 省 略)

健康保険法等の一部改正及び高齢者医療確保法（後期高齢者医療制度）
の施行に伴う診療報酬請求書の様式等の改正について（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 20 年 4 月より健康保険法等の一部改正が行われ、さらに高齢者医療確保法（後期高齢者医療制度）が施行されました。それに伴い診療報酬請求書の様式等についても改正が行われております。

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、福岡県歯科医師会、福岡県薬剤師会、福岡県医療保険課へ、御協力方をお願いしております。

※当該様式等につきましては、本会のホームページに 4 月 14 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 審査管理係

TEL 092 (642) 7837

平成20年5月提出分（4月診療分）より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1～6」の様式、診療報酬総括票につきましては「別紙7」の様式とさせていただきます。

なお、診療報酬明細書の記載については（別添1）、編綴方法については（別添2）を参照の上ご提出いただきますようお願いいたします。

「診療報酬請求書」等一覧表

区 分	様式番号	変更の有無	備 考
(別紙1) 診療報酬請求書（医科・歯科）	様式第六 (一ノ一)	有	国民健康保険（市町村）請求用
(別紙2) 〃	様式第六 (一ノ二)	無	老人保健（市町村）請求用 ※ 月遅れ請求分のみ
(別紙3) 〃	様式第六 (二)	無	公費負担医療（公費負担医療欄が不足の場合）請求用
(別紙4) 〃	様式第六 (四ノ一)	有	国民健康保険（国保組合）請求用
(別紙5) 〃	様式第六 (四ノ二)	無	老人保健（国保組合）請求用 ※ 月遅れ請求分のみ
※新設 (別紙6) 〃	様式第八	—	後期高齢者医療請求用
(別紙7) 診療報酬総括票（医科）		有	

用紙の色及び色刷り

診療報酬総括票（医科）……………白色紙 黒色刷り、
診療報酬請求書（医科・歯科）……………クリーム色紙 黒色刷り

(1) 月遅れ請求について

月遅れ請求につきましては当月分の請求に含めて集計し、記載して頂くようお願いいたします。

※ ただし、老人保健分につきましては、「様式第六（一ノ二）」「様式第六（四ノ二）」に記載となります。「様式第八」の後期高齢者医療の請求に集計されないようご注意ください。

(2) 旧様式による請求について

国民健康保険に係る請求につきましては旧様式の請求書を取扱いの上使用していただいても結構です。ただし、後期高齢者医療に係る請求につきましては必ず「様式第八」をご使用ください。（老人保健の請求書は使用できません）。

(3) 診療報酬請求書、及び診療報酬総括票の変更点及び記載について

様式第六 (一ノ一) 別紙 1

一般 (70歳以上)	請求 ⑦ 入院 ⑧ 入院外 ※決定 ⑦ 入院 ⑧ 入院外	一般 (70歳以上)	請求 ⑦ 入院 ⑧ 入院外 ※決定 ⑦ 入院 ⑧ 入院外
一般 (70歳以上)	請求 ⑨ 入院 ⑩ 入院外 ※決定 ⑨ 入院 ⑩ 入院外	一般 (70歳以上)	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 入院外 ※決定 入院 入院外	一般被保険者	請求 入院 入院外 ※決定 入院 入院外
一般 (3歳未満)	請求 ③ 入院 ④ 入院外 ※決定 ③ 入院 ④ 入院外	一般 (6歳)	請求 ③ 入院 ④ 入院外 ※決定 ③ 入院 ④ 入院外
⑥7 退職者 (本人)	請求 ① 入院 ② 入院外 ※決定 ① 入院 ② 入院外	⑥7 退職者 (本人)	請求 ① 入院 ② 入院外 ※決定 ① 入院 ② 入院外
⑥7 退職者 (3歳未満)	請求 ⑤ 入院 ⑥ 入院外 ※決定 ⑤ 入院 ⑥ 入院外	⑥7 退職者 (6歳)	請求 ⑤ 入院 ⑥ 入院外 ※決定 ⑤ 入院 ⑥ 入院外

高齢受給者で8割給付(平成21年3月31日まで9割)のレセプトを集計し、記載してください

レセプトの「本人・家族」欄
「7 高入」
「8 高外」

義務教育就学前(6歳に達する日以降の最初の3月31日以前)で8割給付のレセプトを集計し、記載してください

レセプトの「本人・家族」欄
「3 六入」
「4 六外」

<月遅れレセプトについて>

- ・ 「一般被保険者で高齢受給者 9 割」は「一般 70 歳以上一般・低所得」欄へ記載してください
- ・ 被保険者の年齢が3歳以上で義務教育就学前までの7割給付の場合は「一般被保険者」欄へ記載してください

様式第六 (四ノ一) 別紙 4

国 七〇歳以上 九割	請求 ⑦ 入院 ⑧ 入院外 ※決定 ⑦ 入院 ⑧ 入院外	国 (一般・低所得) 七〇歳以上	請求 ⑦ 入院 ⑧ 入院外 ※決定 ⑦ 入院 ⑧ 入院外
民 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	民 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
民 三歳未満	請求 ③ 入院 ④ 入院外 ※決定 ③ 入院 ④ 入院外	民 六歳	請求 ③ 入院 ④ 入院外 ※決定 ③ 入院 ④ 入院外

※ 記載については様式第六 (一ノ一) と同様です

※ 月遅れ分で福岡県歯科医師会国保組合(302)の「高齢受給者 本人 8割給付」の請求がある場合は従来通り「一般被保険者 70歳以上8割」欄へ記載してください。

平成 年 月 分 診療報酬請求書(医科・歯科)

3 9 4 0 0 0 0 7 都道府県番号 40 医療機関コード

各 広 域 連 合 医 療 保 険 医 療 機 関 の 所 在 地 及 び 名 称 電 話 番 号 開 設 者 氏 名

平 広域連合(都道府県番号) 広域連合の代表者番号

後期高齢者

① 後期高齢者 請求 ⑦ 入院 ⑧ 入院外 ⑨ 入院 ⑩ 入院外

◆ 広域連合(都道府県)ごとに作成してください

※ ただし、在宅時医学総合管理料(特定施設入居時等医学総合管理料を含む)、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ください。

◆ 広域連合代表者番号について

請求書に記載する「代表者番号」については別添3の「後期高齢者医療請求書代表者番号一覧」を参照し、記載してください。

公費の番号ごとに集計し記載してください

請求	件数	療 養 の 給 付			食 事 療 養 ・ 生 活 療 養			
		診療実日数	点数	一部負担金	患者負担額	回数	金額	標準負担額(公費分)
19	入院							
	入院外	1	1	1,000				
	入院							
	入院外							
80	入院							
	入院外	1	1	1,000				
	入院							
	入院外							

43老人被爆から19に変更になります

後期高齢者医療に係る原子爆弾被爆者(原)の請求は公費負担医療の欄へ「19」と記載し「件数」「診療実日数」「点数」「一部負担金(明細書に記載がある場合)」を記載してください。

80は公費併用レセプトでの請求となります

後期高齢者医療に係る障害者医療の請求は公費負担医療の欄へ「80」と記載し「件数」「診療実日数」「点数」「一部負担金(明細書に記載がある場合)」を記載してください。

月 分 福 岡 県 国 民 健 康 保 険 後 期 高 齢 者 診 療 報 酬 総 括 票											
保険医療機関		〒		TEL		名称		開設者名		医療機関コード	
保 険 者 番 号	入 外 別	① 国民健康保険		② 退職者医療		③ 老人保健		保 険 者 番 号	入 外 別	④ 後期高齢者医療	
		件数	点数	件数	点数	件数	点数			件数	点数
	入							40	入		
	外							01	外		
	入							02	入		
	外								外		
	入								入		
	外								外		
	入								入		
	外								外		
	入								入		
	外								外		
	入								入		
	外								外		
計	入							計	入		
	外								外		

「④後期高齢者医療」欄を追加

※「保険者番号」欄に都道府県番号(2桁)を記載し、広域連合(都道府県)ごとに記載してください

(福岡県(40)を上段に、二段目以降は県番号順)

①国民健康保険②退職者医療③老人保健④後期高齢者医療の合計欄を追加

- ・「食事療養費」欄の廃止
- ・「諸公費合計」欄の廃止
- ・「国保 障害者・乳幼児・母子医療合計」欄の廃止

①+②+③		入 外 別		総合計		①+②+③+④		入 外 別		1件当たり点数	医療 障害者・乳幼児・母子医療合計

(4) 「障害者(老人保健法該当者)一部負担金・老人訪問看護基本料請求書」(5名連記分)について

平成20年3月診療分以前(月遅れ分)の請求のみとなります。平成20年4月診療分より後期高齢者医療該当者の障害者医療の請求につきましては、公費併用レセプトによる請求となりますので、「診療報酬請求書(様式第八)」の「公費負担医療」欄に⑧と記載し、集計してください。

(5) 光ディスク等(FD・MO・CD-Rの電子媒体)による費用の請求について

光ディスク等の費用の請求につきましては、平成18年10月付「光ディスク等を用いた費用の請求開始に関する注意事項(お願い)」に沿って総括票、請求書の提出にご協力頂いていましたが、平成20年5月提出分(4月診療分)以降につきましては総括票、請求書の提出の必要はありません。ただし、紙請求分(医保乳障母、月遅れ等)がある場合は、紙請求に係る分のみを記載の上ご提出ください。

(オンライン請求につきましても従来通り紙提出分のみ総括票、請求書をご提出ください)

診療報酬明細書の記載について <注意事項>

診療開始日について

老人医療から後期高齢者医療への変更については、診療開始日を変更しなくても差し支えありません。
(ただし、開始日を変更される場合は「摘要」欄にその旨を記載してください。)

「生年月日」について

4月診療分より「生年月日」欄には被保険者の年齢にかかわらず、「生年」ではなく「生年月日」を記載してください。

旧様式によるレセプトの請求について

4月診療分より診療報酬明細書の省令が改正されましたが、当分の間旧様式によるレセプトで請求して頂いても構いません。その際のレセプトの取扱いには必要はありません。

その他

70歳以上一般・低所得に係る請求 …………… <例1>を参照

後期高齢者医療に係る請求 …………… <例2>を参照

<例1>

診療報酬明細書 (医科入院外)		都道府県番号	医療機関コード	1 1 社・国 3 後期 1 単独 2 本外 8 外 医 科 2 公費 4 退職 3 3 併 2 2 併 4 六外 6 家外 10 9 B 7 ()
平成 年 月 分		保険者 番号		被保険者証・被保険者 手帳等の記号・番号
公費負担者番号①		公費負担 医療の受 給者番号②		
氏 名		特記事項		国民健康保険高齢受給者証 一部負担金の割合：2割（平成21年3月31日ま では1割）
1男 2女 1明 2大 3昭 4平 . . 生		20 二割		※ 窓口での徴収額は1割となりますが、保険給付 割合は「8割」となります。（保険給付割合は、 県内分については省略可）
療養上の事由		1 療養上 2 下船後3月以内 3 通勤災害		
傷 (1)				
病 (2)				
延方せん 回		負担金額 円		
		初(円)免除・支払猶予 円		
		円 高額療養費 円 県公費負担点数 県公費負担点数		
付録②				

※ ただし、特例措置にかかわらず、患者自らが
2割を窓口で支払った場合には「特記事項」
欄に「20 二割」と記載

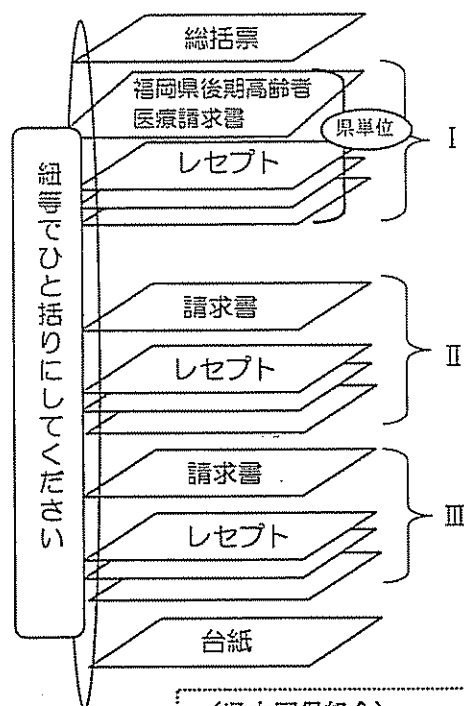
<例2>

診療報酬明細書 (医科入院外)										都道府県番号		医療機関コード		1 1 社・国 3 後期 1 単独 2 本外 8 海外 2 公費 4 退職 3 併 4 六外 10 9 8 7 ()	
平成 年 月 分										保険者番号		3 9 4 0 × × × ×		10 9 8 7 ()	
公費負担者番号① 1 9 4 0 × × × ×										公費負担医療の受給者番号①		× × × × × × × ×			
公費負担者番号②										公費負担医療の受給者番号②		× × × × × × × ×			
氏名										特記事項		医療証に記載されている8桁の保険者番号を記載してください		後期高齢者医療の「被保険者証」は「記号番号」欄に記載してください	
1男 2女 1明 2大 3昭 4平										傷病上の事由		1 職務上 2 下船後3月以内			
診療報酬										1,000		原子爆弾被爆者一般疾病医療の請求は「公費負担者番号」「受給者番号」を記載してください。「特記事項」欄に「43 原」の記載は必要ありません			
保険料の支払										1,000					
公費①															
公費②															

診療報酬明細書 (医科入院外)										都道府県番号		医療機関コード		1 1 社・国 3 後期 1 単独 2 本外 8 海外 2 公費 4 退職 3 併 4 六外 10 9 8 7 ()	
平成 年 月 分										保険者番号		3 9 4 0 × × × ×		10 9 8 7 ()	
公費負担者番号① 8 0 4 0 × × × ×										公費負担医療の受給者番号①		× × × × × × × ×			
公費負担者番号②										公費負担医療の受給者番号②		× × × × × × × ×			
氏名										特記事項		保険医療機関の所在地及び名称			
1男 2女 1明 2大 3昭 4平										傷病上の事由		1 職務上 2 下船後3月以内			
傷 (1)										(1)		年 月 日 起 治 止 死亡 中止 終 日			
診療報酬										1,000		障害医療証の「負担者番号」「受給者番号」を記載してください。			
公費①															
公費②															

※ その他の記載については「診療報酬請求書等の記載要領等について」をお確かめの上、請求してください。

(別添2)



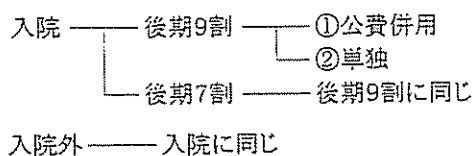
(県内国保組合)

403022 齒科醫師國保
403030 醫師國保
403048 藥劑師國保
133298 全國建設
133033 全國土木
133264 中央建設

(県内分)

I 後期高齢者医療 様式第八

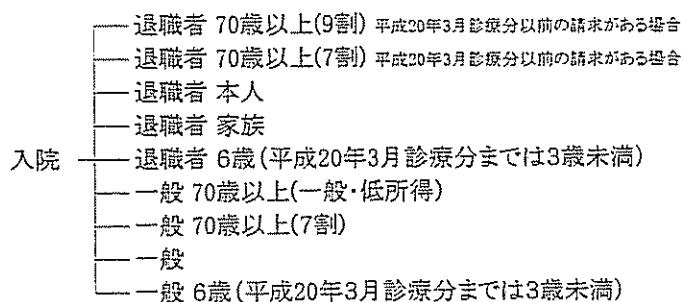
(福岡県広域連合を1単位として集計し作成して下さい)



レセプトはなるべく保険者番号の順番に並べてください。
(システム等で対応ができれば順番どおりでなくても構いません。)

Ⅱ 国民健康保険(市町村国保単位) 様式第六(一ノ一)、(一ノ二)
様式第六(二)

27老人保健 平成20年3月診療分以前の請求がある場合



※ ①公費併用(県単事業・市単事業を含む)
②単独

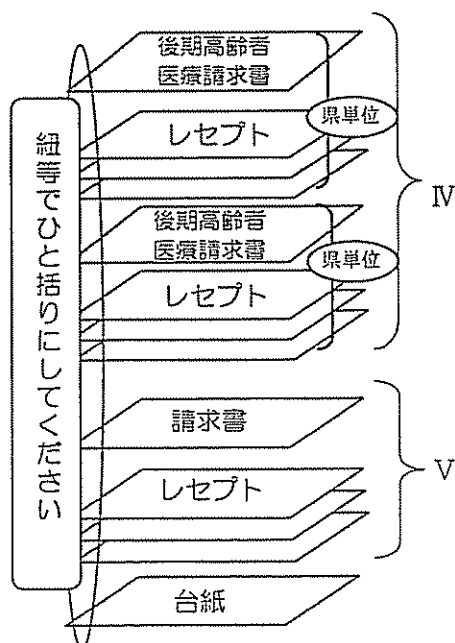
入院外——入院に同じ

(編綴順については従来通りです)

Ⅲ 国民健康保険(国保組合単位) 様式第六(四ノ一)、(四ノ二)
様式第六(二)

Ⅱに同じ(退職者医療を除く)

別綴じ分



(県外分)

※ 様式については県内分を参照

IV 後期高齢者医療

(各都道府県広域連合単位で集計し作成してください)

I に同じ ※都道府県番号順

V 国民健康保険(市町村単位)(国保組合単位)

Ⅱ、Ⅲに同じ ※都道府県番号順

(その他) ※国保関係分とは別綴じで提出

- ・医療保険に係る障害者・乳幼児・母子家庭等医療請求
- ・障害者(老人保健該当者)一部負担金(5名連記分)
※平成20年3月診療分以前の請求がある場合
- ・福岡市医保老人の41老人医療費請求
- ・特別療養費(資格証明書分)

※ 上記の請求方法に変更はありません

(別添3)

後期高齢者医療請求書代表者番号一覧

都道府県名	後期高齢者請求書番号			
	法制 番号	県 番号	代表者 番号	検証 番号
北海道	39	01	000	4
青森	39	02	000	3
岩手	39	03	000	2
宮城	39	04	000	1
秋田	39	05	000	0
山形	39	06	000	9
福島	39	07	000	8
茨城	39	08	000	7
栃木	39	09	000	6
群馬	39	10	000	3
埼玉	39	11	000	2
千葉	39	12	000	1
東京	39	13	000	0
神奈川	39	14	000	9
新潟	39	15	000	8
富山	39	16	000	7
石川	39	17	000	6
福井	39	18	000	5
山梨	39	19	000	4
長野	39	20	000	1
岐阜	39	21	000	0
静岡	39	22	000	9
愛知	39	23	000	8

都道府県名	後期高齢者請求書番号			
	法制 番号	県 番号	代表者 番号	検証 番号
三重	39	24	000	7
滋賀	39	25	000	6
京都	39	26	000	5
大阪	39	27	000	4
兵庫	39	28	000	3
奈良	39	29	000	2
和歌山	39	30	000	9
鳥取	39	31	000	8
島根	39	32	000	7
岡山	39	33	000	6
広島	39	34	000	5
山口	39	35	000	4
徳島	39	36	000	3
香川	39	37	000	2
愛媛	39	38	000	1
高知	39	39	000	0
福岡	39	40	000	7
佐賀	39	41	000	6
長崎	39	42	000	5
熊本	39	43	000	4
大分	39	44	000	3
宮崎	39	45	000	2
鹿児島	39	46	000	1
沖縄	39	47	000	0

平成 年 月 分

診療報酬請求書 (医科・歯科)

様式第六 (一ノ一)

保険者

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

都道府
県番号

40

医療機関
コード

(別 記) 段

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

印

		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	請 求 ※ 決 定	⑦ 入 院				円			円
		⑧ 入 院 外							
		⑦ 入 院							
		⑧ 入 院 外							
一 般	請 求 ※ 決 定	⑨ 入 院							
		⑩ 入 院 外							
		⑨ 入 院							
		⑩ 入 院 外							
一 般 被 保 険 者	請 求 ※ 決 定	入 院							
		入 院 外							
		入 院							
		入 院 外							
一 般	請 求 ※ 決 定	③ 入 院							
		④ 入 院 外							
		③ 入 院							
		④ 入 院 外							
⑥⑦ 退 職 者 (本人)	請 求 ※ 決 定	① 入 院							
		② 入 院 外							
		① 入 院							
		② 入 院 外							
⑥⑦ 退 職 者 (七〇歳以上九型)	請 求 ※ 決 定	⑦ 入 院							
		⑧ 入 院 外							
		⑦ 入 院							
		⑧ 入 院 外							
⑥⑦ 退 職 者 (七〇歳以上七型)	請 求 ※ 決 定	⑨ 入 院							
		⑩ 入 院 外							
		⑨ 入 院							
		⑩ 入 院 外							
⑥⑦ 退 職 者 (被扶養者)	請 求 ※ 決 定	⑤ 入 院							
		⑥ 入 院 外							
		⑤ 入 院							
		⑥ 入 院 外							
⑥⑦ 退 職 者 (六歳)	請 求 ※ 決 定	③ 入 院							
		④ 入 院 外							
		③ 入 院							
		④ 入 院 外							

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) 段

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	⑦ 入院			円			円	円		
		⑧ 入院外									
		※ ⑦ 入院									
		※ ⑧ 入院外									
	老人七割	⑨ 入院									
		⑩ 入院外									
		※ 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	標準負担額 (公費分)	
④3	老人被爆	入院									
		入院外									
		※ 入院									
		※ 入院外									
		入院									
		入院外									
		※ 入院									
		※ 入院外									
		入院									
		入院外									
		※ 入院									
		※ 入院外									
		入院									
		入院外									
		※ 入院									
		※ 入院外									
		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) 「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。

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 実日数	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 段

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

国民健康保険

㊤

			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 (一般・低所得)	請 求	⑦ 入 院			円			円	円	
		⑧ 入 院 外									
		※ 決 定	⑦ 入 院								
		⑧ 入 院 外									
		請 求	⑨ 入 院								
		⑩ 入 院 外									
		※ 決 定	⑨ 入 院								
		⑩ 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									
		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	8 割							
				7 割							
				割							
				8 割							
7 割											
割											
※ 決 定	8 割										
	7 割										
	割										
	8 割										
	7 割										
	割										
六 歳	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。

備考 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。

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

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

(印)

様式第六(四ノ二)

			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 求	⑦ 入 院				円			円	円	
			⑧ 入 院 外									
		※決定	⑦ 入 院									
			⑧ 入 院 外									
	老 人 八 割	請 求	⑨ 入 院									
			⑩ 入 院 外									
		※決定	⑨ 入 院									
			⑩ 入 院 外									
	老 人 七 割	請 求	⑨ 入 院									
			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	標準負担額 (公費分)	
④③	老 人 被 爆 者	請 求	入 院				円			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									
		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

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。

平成 年 月 分

診療報酬請求書 (医科・歯科)

3	9						
---	---	--	--	--	--	--	--

都道府
県番号 40医療機関
コード

各 広 域 連 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)

後期高齢者医療

様
式
第
八

			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
③⑨	後 期 高 齢 者 医 療	請 ⑦ 入 院				円			円	円
		求 ⑧ 入 院 外								
		※ ⑦ 入 院								
		決定 ⑧ 入 院 外								
	後 期 高 齢 者 医 療	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	診療実日数	点 数	一部負担金	患者負担額	件 数	回 数	金 額
	請 求	入 院								
		入 院 外								
		※ 入 院								
		決定 入 院 外								
	請 求	入 院								
		入 院 外								
		※ 入 院								
		決定 入 院 外								
	請 求	入 院								
		入 院 外								
		※ 入 院								
		決定 入 院 外								
	請 求	入 院								
		入 院 外								
		※ 入 院								
		決定 入 院 外								
	請 求	入 院								
		入 院 外								
		※ 入 院								
		決定 入 院 外								

備 考

※高額療養費	件数	
	金額	円

(注1) ※印の欄は記入しないこと。

票 括 總 酬 報 療 診 險 者 保 康 健 民 國 後 岡 福 分 月

[illegible]

○月おくれ及び再提出分は当月分に含算して本表に計上し毎月十日までに提出下さい。

○障害者、乳幼児、母子医療費のうち、医療分は別紙でご提出下さい。

福 国 保 連 第 6 9 6 号
平 成 2 0 年 4 月 3 日

各保険医療機関
各保険調剤薬局 殿
各訪問看護ステーション

福岡県国民健康保険団体連合会
理事長 井 上 澄 和
(公 印 省 略)

健康保険法等の一部改正及び高齢者医療確保法（後期高齢者医療制度）
の施行に伴う診療報酬請求書の様式等の改正について（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 20 年 4 月より健康保険法等の一部改正が行われ、さらに高齢者医療確保法（後期高齢者医療制度）が施行されました。それに伴い診療報酬請求書の様式等についても改正が行われております。

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、福岡県歯科医師会、福岡県薬剤師会、福岡県医療保険課へ、御協力方のお願いをしております。

※当該様式等につきましては、本会のホームページに 4 月 14 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 審査管理係

TEL 092 (642) 7837

平成20年5月提出分（4月診療分）より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1～7」の様式、訪問看護療養費総括票につきましては「別紙1」の様式とさせていただきます。

なお、訪問看護療養費明細書の記載については（別添1）、編綴方法については（別添2）を参照の上ご提出いただきますようお願いいたします。

「訪問看護療養費請求書」等一覧表

区 分	様式番号	変更の有無	備 考
（別紙1） 訪問看護療養費請求書	様式第二 （一）	有	国民健康保険（市町村）請求用
（別紙2） 〃	様式第二 （二）	有	国民健康保険（国保組合）請求用
※新設 （別紙3） 〃	様式第三	—	後期高齢者医療請求用
（別紙4） 訪問看護療養費総括票		有	

訪問看護療養費総括票 白色紙・黒色刷り
訪問看護療養費請求書 クリーム色紙・黒色刷り

（1）月遅れ請求について

月遅れ請求につきましては当月分の請求に含めて集計し、記載して頂くようお願いいたします。

※ ただし、老人保健分につきましては、「様式第二（一）」「様式第二（二）」の「老人保健」区分に記載してください。「様式第三」の後期高齢者医療の請求書に記載されないようご注意ください。

（2）旧様式による請求について

国民健康保険に係る請求につきましては取扱いの上、旧様式の請求書を使用していただいても結構です。ただし、後期高齢者医療に係る請求につきましては必ず「様式第三」をご使用ください。

訪問療養費請求書、及び訪問看護療養費給付票の変更点及び記載について

様式第二 (一) 別紙 1

一般被保険者 (70歳以上 9割)	請求 ⑧ ※決定 ⑧	一般被保険者 (70歳以上一般・低所得)	請求 ⑧ ※決定 ⑧
一般被保険者 (70歳以上 7割)	請求 ⑩ ※決定 ⑩	一般被保険者 (70歳以上 7割)	請求 ⑩ ※決定 ⑩
一般被保険者	請求 ※決定	一般被保険者	請求 ※決定
一般被保険者 (3歳未満)	請求 ④ ※決定 ④	一般被保険者 (6歳)	請求 ④ ※決定 ④
⑥7 退職者 (本人)	請求 ② ※決定 ②	⑥7 退職者 (本人)	請求 ② ※決定 ②
⑥7 退職者 (70歳以上 9割)	請求 ⑧ ※決定 ⑧	⑥7 退職者 (70歳以上 9割)	請求 ⑧ ※決定 ⑧
⑥7 退職者 (70歳以上 7割)	請求 ⑩ ※決定 ⑩	⑥7 退職者 (70歳以上 7割)	請求 ⑩ ※決定 ⑩
⑥7 退職者 (被扶養者)	請求 ⑥ ※決定 ⑥	⑥7 退職者 (被扶養者)	請求 ⑥ ※決定 ⑥
⑥7 退職者 (3歳未満)	請求 ④ ※決定 ④	⑥7 退職者 (6歳)	請求 ④ ※決定 ④

高齢受給者で8割給付(平成21年3月31日まで9割)のレセプトを集計し、記載してください

レセプトの「本人・家族」欄
「8 高外一」

義務教育就学前(6歳に達する日以降の最初の3月31日以前)で8割給付のレセプトを集計し、記載してください

レセプトの「本人・家族」欄
「4 六外」

<月遅れレセプトについて>

- ・ 「一般被保険者で高齢受給者 9割」は「一般 70歳以上一般・低所得」欄へ記載してください
- ・ 被保険者の年齢が3歳以上で義務教育就学前までの7割給付の場合は「一般被保険者」欄へ記載してください

様式第二 (二) 別紙 2

国	七〇歳以上	九割	請求 ⑦ 入院	⑧ 入院外
			※決定 ⑦ 入院	⑧ 入院外
			請求 ⑨ 入院	⑩ 入院外
			※決定 ⑨ 入院	⑩ 入院外
民	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
			請求 ⑩ 入院	⑪ 入院外
			※決定 ⑩ 入院	⑪ 入院外
民	七〇歳以上	一般・低所得	請求 ⑦ 入院	⑧ 入院外
			※決定 ⑦ 入院	⑧ 入院外
			請求 ⑨ 入院	⑩ 入院外
			※決定 ⑨ 入院	⑩ 入院外
民	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
			請求 ⑩ 入院	⑪ 入院外
			※決定 ⑩ 入院	⑪ 入院外
民	七〇歳以上	三歳未満	請求 ③ 入院	④ 入院外
			※決定 ③ 入院	④ 入院外
			請求 ④ 入院	⑤ 入院外
			※決定 ④ 入院	⑤ 入院外
民	七〇歳以上	六歳	請求 ③ 入院	④ 入院外
			※決定 ③ 入院	④ 入院外
			請求 ④ 入院	⑤ 入院外
			※決定 ④ 入院	⑤ 入院外

※ 記載については様式第二 (一) と同様です

※ 月遅れ分で福岡県歯科医師国保組合 (302) の「高齢受給者 本人 8割給付」の請求がある場合は従来通り「一般被保険者 70歳以上 8割」欄に記載してください。

平成 年 月 分 訪問看護療養費請求書

3 9 4 0 0 0 0 7 都道府県番号 40 ステーションコード

各 広域連合 代表者番号

訪問看護ステーションの所在地及び名称
電話番号
指定訪問看護事業者等氏名

平成 後期高齢者医療

請求⑤

公費の番号ごとに集計し記載してください

◆ 広域連合（都道府県）ごとに作成してください
◆ 広域連合代表者番号について
請求書に記載する「代表者番号」については別添3の「後期高齢者医療請求書代表者番号一覧」を参照し、記載してください。

件数	日数	金額	精神等各法負担金額	基本利用料
19	請求 1	1	10,000	
	※決定			
80	請求 1	1	100,00	
	※決定			
	請求			
	※決定			
	請求			
	※決定			
	請求			
	※決定			

43老人被爆から19に変更になります

後期高齢者医療に係る原子爆弾被爆者（原）の請求は公費負担医療の欄へ「19」と記載し「件数」「診療実日数」「金額」を記載してください。

80は公費併用レセプトでの請求となります

後期高齢者医療に係る障害者医療の請求は公費負担医療の欄へ「80」と記載し「件数」「診療実日数」「金額」を記載してください。

月分 訪問看護療養費総括票											
所在地			TEL		名称 開設者名		ステーション コード				
保 険 者 番 号	① 国民健康保険		② 退職者医療		③ 老人保健		保 険 者 番 号	④ 後期高齢者医療			
	件数	金額	件数	金額	件数	金額		件数	金額		
							40				
							01				
							02				
計							計				

「④後期高齢者医療」欄を追加

※「保険者番号」欄に都道府県番号（2桁）を記載し、広域連合（都道府県）ごとに記載してください

〔福岡県（40）を上段に、二段目以降は県番号順〕

①+②+③

①+②+③+④

1件当たり金額

国保 障害者・乳幼児・母子医療合計

①国民健康保険②退職者医療③老人保健④後期高齢者医療の合計欄を追加

- ・ 「諸公費合計」欄の廃止
- ・ 「国保 障害者・乳幼児・母子医療合計」欄の廃止

(3) 「障害者（老人保健法該当者）一部負担金・老人訪問看護基本料請求書」（5名連記分）について

平成20年3月診療分以前（月遅れ等）の請求のみとなります。平成20年4月診療分より後期高齢者医療該当者の障害者医療の請求につきましては、公費併用レセプトとして1枚での請求となりますので、「訪問看護療養費請求書（様式第三）」の「公費負担医療」欄に⑧と記載し、集計してください。

訪問看護療養費明細書の記載について＜注意事項＞

診療開始日について

老人医療から後期高齢者医療への変更については、診療開始日を変更しなくても差し支えありません。
(ただし、開始日を変更される場合は「摘要」欄にその旨を記載してください。)

「生年月日」について

4月診療分より「生年月日」欄には被保険者の年齢にかかわらず、「生年」ではなく「生年月日」を記載してください。

旧様式によるレセプトの請求について

4月診療分より訪問看護療養費明細書の省令が改正されましたが、当分の間旧様式によるレセプトで請求して頂いても構いません。その際のレセプトの取扱いは必要ありません。

その他

- 70歳以上一般・低所得に係る請求 …………… <例1>を参照
- 後期高齢者医療に係る請求 …………… <例2>を参照

<例1>

〇訪問看護療養費明細書

都道府県番号 訪問看護ステーションコード

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

保険番号

被保険者証・被保険者
手帳等の記号・番号

国民健康保険高齢受給者証
一部負担金の割合：2割（平成21年3月31日までは1割）

※ 窓口での徴収額は1割となりますが、保険給付割合は「8割」となります。（保険給付割合は、県内分については省略可）

※ ただし、特例措置にかかわらず、患者自らが2割を窓口で支払った場合には「特記事項」欄に「20 二割」と記載

備考 1. この用紙は、月半工賃減額A列4番とすること。

○訪問看護療養費明細書

平成 年 月 日

都道府県番号

訪問看護ステーションコード

61社・団・会 1単 2人 3併 4併 5併 6併 7併 8併 9併 10併 11併 12併 13併 14併 15併 16併 17併 18併 19併 20併 21併 22併 23併 24併 25併 26併 27併 28併 29併 30併 31併 32併 33併 34併 35併 36併 37併 38併 39併 40併 41併 42併 43併 44併 45併 46併 47併 48併 49併 50併 51併 52併 53併 54併 55併 56併 57併 58併 59併 60併 61併 62併 63併 64併 65併 66併 67併 68併 69併 70併 71併 72併 73併 74併 75併 76併 77併 78併 79併 80併 81併 82併 83併 84併 85併 86併 87併 88併 89併 90併 91併 92併 93併 94併 95併 96併 97併 98併 99併 100併 101併 102併 103併 104併 105併 106併 107併 108併 109併 110併 111併 112併 113併 114併 115併 116併 117併 118併 119併 120併 121併 122併 123併 124併 125併 126併 127併 128併 129併 130併 131併 132併 133併 134併 135併 136併 137併 138併 139併 140併 141併 142併 143併 144併 145併 146併 147併 148併 149併 150併 151併 152併 153併 154併 155併 156併 157併 158併 159併 160併 161併 162併 163併 164併 165併 166併 167併 168併 169併 170併 171併 172併 173併 174併 175併 176併 177併 178併 179併 180併 181併 182併 183併 184併 185併 186併 187併 188併 189併 190併 191併 192併 193併 194併 195併 196併 197併 198併 199併 200併 201併 202併 203併 204併 205併 206併 207併 208併 209併 210併 211併 212併 213併 214併 215併 216併 217併 218併 219併 220併 221併 222併 223併 224併 225併 226併 227併 228併 229併 230併 231併 232併 233併 234併 235併 236併 237併 238併 239併 240併 241併 242併 243併 244併 245併 246併 247併 248併 249併 250併 251併 252併 253併 254併 255併 256併 257併 258併 259併 260併 261併 262併 263併 264併 265併 266併 267併 268併 269併 270併 271併 272併 273併 274併 275併 276併 277併 278併 279併 280併 281併 282併 283併 284併 285併 286併 287併 288併 289併 290併 291併 292併 293併 294併 295併 296併 297併 298併 299併 300併 301併 302併 303併 304併 305併 306併 307併 308併 309併 310併 311併 312併 313併 314併 315併 316併 317併 318併 319併 320併 321併 322併 323併 324併 325併 326併 327併 328併 329併 330併 331併 332併 333併 334併 335併 336併 337併 338併 339併 340併 341併 342併 343併 344併 345併 346併 347併 348併 349併 350併 351併 352併 353併 354併 355併 356併 357併 358併 359併 360併 361併 362併 363併 364併 365併 366併 367併 368併 369併 370併 371併 372併 373併 374併 375併 376併 377併 378併 379併 380併 381併 382併 383併 384併 385併 386併 387併 388併 389併 390併 391併 392併 393併 394併 395併 396併 397併 398併 399併 400併 401併 402併 403併 404併 405併 406併 407併 408併 409併 410併 411併 412併 413併 414併 415併 416併 417併 418併 419併 420併 421併 422併 423併 424併 425併 426併 427併 428併 429併 430併 431併 432併 433併 434併 435併 436併 437併 438併 439併 440併 441併 442併 443併 444併 445併 446併 447併 448併 449併 450併 451併 452併 453併 454併 455併 456併 457併 458併 459併 460併 461併 462併 463併 464併 465併 466併 467併 468併 469併 470併 471併 472併 473併 474併 475併 476併 477併 478併 479併 480併 481併 482併 483併 484併 485併 486併 487併 488併 489併 490併 491併 492併 493併 494併 495併 496併 497併 498併 499併 500併 501併 502併 503併 504併 505併 506併 507併 508併 509併 510併 511併 512併 513併 514併 515併 516併 517併 518併 519併 520併 521併 522併 523併 524併 525併 526併 527併 528併 529併 530併 531併 532併 533併 534併 535併 536併 537併 538併 539併 540併 541併 542併 543併 544併 545併 546併 547併 548併 549併 550併 551併 552併 553併 554併 555併 556併 557併 558併 559併 560併 561併 562併 563併 564併 565併 566併 567併 568併 569併 570併 571併 572併 573併 574併 575併 576併 577併 578併 579併 580併 581併 582併 583併 584併 585併 586併 587併 588併 589併 590併 591併 592併 593併 594併 595併 596併 597併 598併 599併 600併 601併 602併 603併 604併 605併 606併 607併 608併 609併 610併 611併 612併 613併 614併 615併 616併 617併 618併 619併 620併 621併 622併 623併 624併 625併 626併 627併 628併 629併 630併 631併 632併 633併 634併 635併 636併 637併 638併 639併 640併 641併 642併 643併 644併 645併 646併 647併 648併 649併 650併 651併 652併 653併 654併 655併 656併 657併 658併 659併 660併 661併 662併 663併 664併 665併 666併 667併 668併 669併 670併 671併 672併 673併 674併 675併 676併 677併 678併 679併 680併 681併 682併 683併 684併 685併 686併 687併 688併 689併 690併 691併 692併 693併 694併 695併 696併 697併 698併 699併 700併 701併 702併 703併 704併 705併 706併 707併 708併 709併 710併 711併 712併 713併 714併 715併 716併 717併 718併 719併 720併 721併 722併 723併 724併 725併 726併 727併 728併 729併 730併 731併 732併 733併 734併 735併 736併 737併 738併 739併 740併 741併 742併 743併 744併 745併 746併 747併 748併 749併 750併 751併 752併 753併 754併 755併 756併 757併 758併 759併 760併 761併 762併 763併 764併 765併 766併 767併 768併 769併 770併 771併 772併 773併 774併 775併 776併 777併 778併 779併 780併 781併 782併 783併 784併 785併 786併 787併 788併 789併 790併 791併 792併 793併 794併 795併 796併 797併 798併 799併 800併 801併 802併 803併 804併 805併 806併 807併 808併 809併 810併 811併 812併 813併 814併 815併 816併 817併 818併 819併 820併 821併 822併 823併 824併

○ 訪問看護療養費明細書										都道府県番号	訪問看護ステーションコード	<table border="1" style="font-size: small;"> <tr> <td>6</td><td>1</td><td>社・</td><td>第3</td><td>第1</td><td>第2</td><td>第3</td><td>第4</td><td>第5</td><td>第6</td><td>第7</td><td>第8</td><td>第9</td><td>第10</td><td>第11</td><td>第12</td><td>第13</td><td>第14</td><td>第15</td><td>第16</td><td>第17</td> </tr> <tr> <td>訪問</td><td>介護</td><td>保険</td><td>料</td><td>第1</td><td>第2</td><td>第3</td><td>第4</td><td>第5</td><td>第6</td><td>第7</td><td>第8</td><td>第9</td><td>第10</td><td>第11</td><td>第12</td><td>第13</td><td>第14</td><td>第15</td><td>第16</td><td>第17</td> </tr> </table>										6	1	社・	第3	第1	第2	第3	第4	第5	第6	第7	第8	第9	第10	第11	第12	第13	第14	第15	第16	第17	訪問	介護	保険	料	第1	第2	第3	第4	第5	第6	第7	第8	第9	第10	第11	第12	第13	第14	第15	第16	第17																
6	1	社・	第3	第1	第2	第3	第4	第5	第6	第7	第8	第9	第10	第11	第12	第13	第14	第15	第16	第17																																																											
訪問	介護	保険	料	第1	第2	第3	第4	第5	第6	第7	第8	第9	第10	第11	第12	第13	第14	第15	第16	第17																																																											
平成 年 月 日																																																																															
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20%;">会社番号</td> <td style="width: 20%;">8</td> <td style="width: 20%;">0</td> <td style="width: 20%;">4</td> <td style="width: 20%;">0</td> <td style="width: 20%;">×</td> <td style="width: 20%;">×</td> <td style="width: 20%;">×</td> <td style="width: 20%;">×</td> <td style="width: 20%;">×</td> </tr> <tr> <td>法人番号</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>公費負担番号</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>受給者番号</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>										会社番号	8	0	4	0	×	×	×	×	×	法人番号										公費負担番号										受給者番号										<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20%;">保険番号</td> <td style="width: 20%;">3</td> <td style="width: 20%;">9</td> <td style="width: 20%;">4</td> <td style="width: 20%;">0</td> <td style="width: 20%;">×</td> <td style="width: 20%;">×</td> <td style="width: 20%;">×</td> <td style="width: 20%;">×</td> <td style="width: 20%;">×</td> </tr> <tr> <td>保険者番号</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>										保険番号	3	9	4	0	×	×	×	×	×	保険者番号									
会社番号	8	0	4	0	×	×	×	×	×																																																																						
法人番号																																																																															
公費負担番号																																																																															
受給者番号																																																																															
保険番号	3	9	4	0	×	×	×	×	×																																																																						
保険者番号																																																																															
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20%;">公費負担者の受給者番号</td> <td style="width: 20%;">×</td> <td style="width: 20%;">×</td> <td style="width: 20%;">×</td> <td style="width: 20%;">×</td> <td style="width: 20%;">×</td> <td style="width: 20%;">×</td> <td style="width: 20%;">×</td> <td style="width: 20%;">×</td> <td style="width: 20%;">×</td> </tr> <tr> <td>受給者の受給者番号</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>										公費負担者の受給者番号	×	×	×	×	×	×	×	×	×	受給者の受給者番号										<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20%;">被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号</td> <td colspan="9"></td> </tr> </table>										被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号																																							
公費負担者の受給者番号	×	×	×	×	×	×	×	×	×																																																																						
受給者の受給者番号																																																																															
被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号																																																																															
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20%;">氏名</td> <td colspan="8"></td> <td style="width: 20%;">特記</td> </tr> <tr> <td>1男 2女 1男 2女 3男 4女</td> <td colspan="8"></td> <td></td> </tr> <tr> <td>経済上の理由</td> <td colspan="8">1 経済上 2 以下 3 運動障害</td> <td></td> </tr> </table>										氏名									特記	1男 2女 1男 2女 3男 4女										経済上の理由	1 経済上 2 以下 3 運動障害									<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20%;">訪問開始年月日</td> <td style="width: 20%;">年</td> <td style="width: 20%;">月</td> <td style="width: 20%;">日</td> <td style="width: 20%;">訪問終了年月日時分</td> <td style="width: 20%;">年</td> <td style="width: 20%;">月</td> <td style="width: 20%;">日</td> <td style="width: 20%;">時</td> <td style="width: 20%;">分</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>										訪問開始年月日	年	月	日	訪問終了年月日時分	年	月	日	時	分																				
氏名									特記																																																																						
1男 2女 1男 2女 3男 4女																																																																															
経済上の理由	1 経済上 2 以下 3 運動障害																																																																														
訪問開始年月日	年	月	日	訪問終了年月日時分	年	月	日	時	分																																																																						
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20%;">心身の状況</td> <td colspan="9"></td> </tr> </table>										心身の状況										<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20%;">保険料の公費負担額</td> <td style="width: 20%;">円</td> <td style="width: 20%;">税</td> <td style="width: 20%;">金</td> <td style="width: 20%;">金</td> <td style="width: 20%;">金</td> <td style="width: 20%;">金</td> <td style="width: 20%;">金</td> <td style="width: 20%;">金</td> <td style="width: 20%;">金</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>										保険料の公費負担額	円	税	金	金	金	金	金	金	金																																								
心身の状況																																																																															
保険料の公費負担額	円	税	金	金	金	金	金	金	金																																																																						

障害医療証の「負担者番号」「受給者番号」を記載してください。

備考 1. この用紙は、日本工業規格A列4号とする。

※ その他の記載については「診療報酬請求書等の記載要領等について」をお確かめの上、請求してください。

請求書・レセプトの編綴方法

(別添2)

(県内分)

I 後期高齢者医療 様式第三

(福岡県広域連合を1単位として集計し作成してください)

入院外 後期9割 ①公費併用
②単独
後期7割 後期9割に同じ

レセプトはなるべく保険者番号の順番に並べてください。(システム等で対応ができなければ順番どおりでなくても構いません。)

II 国民健康保険(市町村国保単位) 様式第二(一)

27老人保健 平成20年3月診療分以前の請求がある場合

入院外 退職者 70歳以上(9割) 平成20年3月診療分以前の請求がある場合
退職者 70歳以上(7割) 平成20年3月診療分以前の請求がある場合
退職者 本人
退職者 家族
退職者 6歳(平成20年3月診療分までは3歳未満)
一般 70歳以上(一般・低所得)
一般 70歳以上(7割)
一般
一般 6歳(平成20年3月診療分までは3歳未満)

※ ①公費併用(県単事業・市単事業を含む)
②単独

(編綴順については従来通りです)

III 国民健康保険(国保組合単位) 様式第二(二)

IIに同じ(退職者医療を除く)

(県内国保組合)

403022 歯科医師国保
403030 医師国保
403048 薬剤師国保
133298 全国建設
133033 全国土木
133264 中央建設

別綴じ分

(県外分)

※ 様式については県内分を参照

IV 後期高齢者医療

(各都道府県広域連合単位で集計し作成してください)

Iに同じ ※都道府県番号順

V 国民健康保険(市町村単位)(国保組合単位)

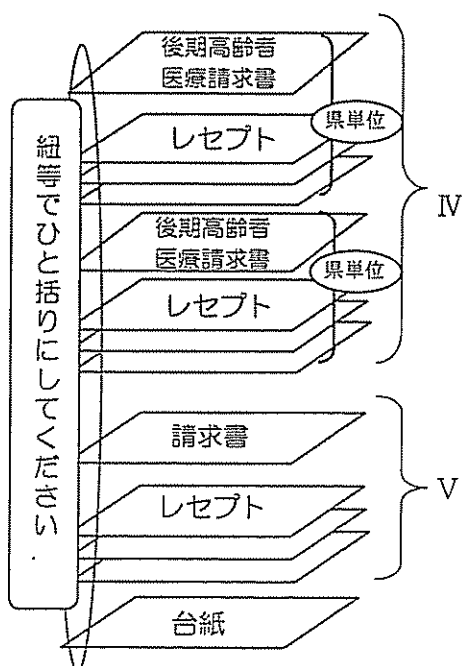
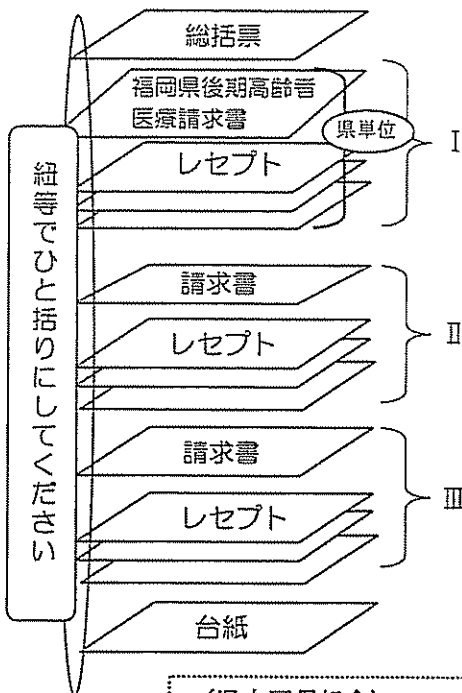
II、IIIに同じ ※都道府県番号順

(その他) ※国保関係分とは別綴じで提出

- ・医療保険に係る障害者・乳幼児・母子家庭等医療請求
- ・障害者(老人保健該当者)一部負担金(5名連記分)
※平成20年3月診療分以前の請求がある場合

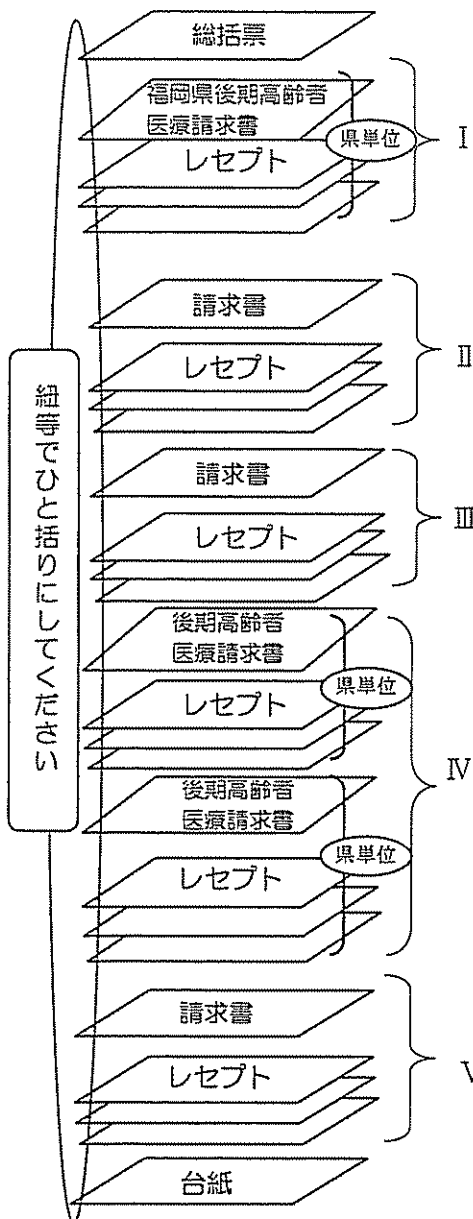
- ・福岡市區保老人の41老人医療費請求
- ・特別療養費(資格証明書分)

※ 上記の請求方法に変更はありません



請求書・レセプトの編綴方法

(別添2)



(県内分)

I 後期高齢者医療 様式第九

(福岡県広域連合を1単位として集計し作成してください)

入院外 — 後期9割 — ①公費併用
— 後期7割 — ②単独
— 後期9割に同じ

レセプトはなるべく保険者番号の順番に並べてください。(システム等で対応ができなければ順番どおりでなくても構いません。)

II 国民健康保険(市町村国保単位) 様式第七(一) 様式第七(三)

27老人保健※月遅れ分

入院外 — 退職者・70歳以上9割※月遅れ分
— 退職者・70歳以上7割※月遅れ分
— 退職者・本人
— 退職者・家族
— 退職者・6歳(平成20年3月診療分までは3歳未満)
— 一般(70歳以上一般・低所得)
— 一般・70歳以上7割
— 一般
— 一般・6歳(平成20年3月診療分までは3歳未満)

※

※ ①公費併用(県単事業・市単事業を含む)
②単独

(編綴順については従来通りです)

III 国民健康保険(国保組合単位) 様式第七(二) 様式第七(三)

IIに同じ(退職者医療を除く)

(県外分)

※ 様式については県内分を参照

IV 後期高齢者医療(都道府県広域連合単位)

Iに同じ ※都道府県番号順

V 国民健康保険(市町村単位)(国保組合単位)

II、IIIに同じ ※都道府県番号順

(県内国保組合)

403022 歯科医師国保
403030 医師国保
403048 薬剤師国保
133033 全国土木
133264 中央建設
133298 全国建設

(別綴じ分) ※国保関係分とは別綴じで提出

- ・医療保険に係る障害者・乳幼児・母子家庭等医療請求
- ・障害者(老人保健該当者)一部負担金(5名連記分)
※ 月遅れ分の請求がある場合
- ・福岡市医保老人の41老人医療費請求
- ・特別療養費(資格証明書分)

※ 上記の請求方法に変更はありません

後期高齢者医療請求書代表者番号一覧

都道府県名	後期高齢者請求書番号				都道府県名	後期高齢者請求書番号			
	法制 番号	県 番号	代表者 番号	検証 番号		法制 番号	県 番号	代表者 番号	検証 番号
北海道	39	01	000	4	三重	39	24	000	7
青森	39	02	000	3	滋賀	39	25	000	6
岩手	39	03	000	2	京都	39	26	000	5
宮城	39	04	000	1	大阪	39	27	000	4
秋田	39	05	000	0	兵庫	39	28	000	3
山形	39	06	000	9	奈良	39	29	000	2
福島	39	07	000	8	和歌山	39	30	000	9
茨城	39	08	000	7	鳥取	39	31	000	8
栃木	39	09	000	6	島根	39	32	000	7
群馬	39	10	000	3	岡山	39	33	000	6
埼玉	39	11	000	2	広島	39	34	000	5
千葉	39	12	000	1	山口	39	35	000	4
東京	39	13	000	0	徳島	39	36	000	3
神奈川	39	14	000	9	香川	39	37	000	2
新潟	39	15	000	8	愛媛	39	38	000	1
富山	39	16	000	7	高知	39	39	000	0
石川	39	17	000	6	福岡	39	40	000	7
福井	39	18	000	5	佐賀	39	41	000	6
山梨	39	19	000	4	長崎	39	42	000	5
長野	39	20	000	1	熊本	39	43	000	4
岐阜	39	21	000	0	大分	39	44	000	3
静岡	39	22	000	9	宮崎	39	45	000	2
愛知	39	23	000	8	鹿児島	39	46	000	1
					沖縄	39	47	000	0

平成 年 月分 訪問看護療養費請求書

様式第二(一)

保険者

都道府県番号40ステーションコード

(別記) 股訪問看護ステーションの所在地及び名称電話番号指定訪問看護事業者等氏名

平成 年 月 日

国民健康保険

		件数	日数	金額	精神等各法負担金額
一般被保険者 (70歳以上一般・低所得)	請求 ⑧				
	※決定 ⑧				
一般被保険者 (70歳以上7割)	請求 ⑩				
	※決定 ⑩				
一般被保険者	請求				
	※決定				
一般被保険者 (6歳)	請求 ④				
	※決定 ④				
⑥7 退職者 (本人)	請求 ②				
	※決定 ②				
⑥7 退職者 (70歳以上9割)	請求 ⑧				
	※決定 ⑧				
⑥7 退職者 (70歳以上7割)	請求 ⑩				
	※決定 ⑩				
⑥7 退職者 (被扶養者)	請求 ⑥				
	※決定 ⑥				
⑥7 退職者 (6歳)	請求 ④				
	※決定 ④				

老人保健		件数	日数	金額	精神等各法負担金額
②7 老人9割	請求 ⑧				
	※決定 ⑧				
②7 老人7割	請求 ⑩				
	※決定 ⑩				

公費負担医療		件数	日数	金額	精神等各法負担金額	基本利用料
	請求					
	※決定					
	請求					
	※決定					
	請求					
	※決定					
	請求					
	※決定					

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

注意 ※印の欄は記入しないこと。

平成 年 月分

訪問看護療養費請求書

様式第二(二)

保険者

都道府県番号

40

ステーションコード

国保組合 殿
下記のとおり請求する。

訪問看護ステーションの
所在地及び名称
電話番号
指定訪問看護事業者等氏名

平成 年 月 日



国民健康保険

			件数	日数	金額	精神等各法負担金額
国民健康保険	一般被保険者 (70歳以上一般・低所得)	請求 ⑧				
		※決定 ⑧				
	一般被保険者 (70歳以上8割)	請求 ⑩				
		※決定 ⑩				
	一般被保険者 (70歳以上7割)	請求 ⑩				
		※決定 ⑩				
	一般被保険者	請求	8割			
			7割			
			割			
		※決定	8割			
			7割			
			割			
	一般被保険者 (6歳)	請求 ④				
		※決定 ④				

老人保健

		件数	日数	金額	精神等各法負担金額
②⑦ 老人9割	請求 ⑧				
	※決定 ⑧				
②⑦ 老人8割	請求 ⑩				
	※決定 ⑩				
②⑦ 老人7割	請求 ⑩				
	※決定 ⑩				

公費負担医療

		件数	日数	金額	精神等各法負担金額	基本利用料
	請求					
	※決定					
	請求					
	※決定					
	請求					
	※決定					
	請求					
	※決定					

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

注意 ※印の欄は記入しないこと。
備考 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。

平成 年 月分 訪問看護療養費請求書

3	9					
---	---	--	--	--	--	--

都道府
県番号

40

ステーション
コード

各 広 域 連 合 殿

下記のとおり請求する。

訪問看護ステーションの

所在地及び名称

電話番号

指定訪問看護事業者等氏名



平成 年 月 日

後期高齢者医療

			件 数	日 数	金 額	精神等各法負担金額
③⑨ 医 後 期 高 齢 者 療 養	後期 9 割	請 求 ⑧				
		※ 決 定 ⑧				
	後期 7 割	請 求 ⑩				
		※ 決 定 ⑩				

公費負担医療

		件 数	日 数	金 額	精神等各法負担金額	基 本 利 用 料
	請 求					
	※ 決 定					
	請 求					
	※ 決 定					
	請 求					
	※ 決 定					
	請 求					
	※ 決 定					
	請 求					
	※ 決 定					
	請 求					
	※ 決 定					
	請 求					
	※ 決 定					
	請 求					
	※ 決 定					
	請 求					
	※ 決 定					
	請 求					
	※ 決 定					
	請 求					
	※ 決 定					

※高額療養費

件数

金額

円

注意 ※印の欄は記入しないこと。

月分 訪問看護療養費総括票

所在地	〒	TEL				名称 開設者名	ステーション コード	
保 険 者 号	① 国民健康保険		② 退職者医療		③ 老人保健		保 険 者 号	④ 後期高齢者医療
	件数	金額	件数	金額	件数	金額		
計							計	

①+②+③	件		1件当たり金額	円	医療 障害者・乳幼児・母子医療合計	円
①+②+③+④	件					

○月おくれ及び再提出分は当月分に合算して本表に計上し毎月十日までに提出下さい。
○障害者、乳幼児、母子医療費のうち、医療分は別綴でご提出下さい。