

訪問看護療養費請求事務の手引

令和 7 年 1 2 月版

千葉県国民健康保険団体連合会

目 次

I. 訪問看護療養費の請求について

| | |
|---|---|
| 1. 国保連合会で取扱う範囲 | 1 |
| 2. 子ども医療費助成事業に係る請求について（法別番号 8 3） | 1 |
| 3. 重度心身障害者（児）医療費助成事業に係る請求について（法別番号 8 1） | 2 |
| 4. ひとり親家庭等医療費等助成事業に係る請求について（法別番号 8 5） | 2 |

II. 電子情報処理組織を使用した費用の請求について

| | |
|-----------------------|---|
| 1. はじめに | 3 |
| 2. オンライン請求の流れ | 3 |
| 3. 受付事務点検 | 3 |
| 4. オンライン請求開始まで | 3 |
| 5. オンラインによる請求期間及び利用期間 | 4 |
| 6. 請求確定時における注意事項 | 4 |
| 7. 返戻分の再請求について | 5 |
| 8. その他の留意事項 | 5 |

III. 請求と提出期限について

| | |
|---------------|---|
| 1. オンライン請求の場合 | 6 |
| 2. 書面による請求の場合 | 6 |
| 3. 必要書類について | 7 |

IV. 訪問看護療養費の記載要領等（書面による請求の場合）

| | |
|-----------------------------|----|
| 1. 訪問看護療養費明細書 | 8 |
| 2. 訪問看護療養費請求書 | 8 |
| 3. 訪問看護療養費総括票 | 9 |
| 4. 特別療養費に係る明細書の提出方法等について | 9 |
| 5. 被災に係る訪問看護療養費明細書の提出方法について | 9 |
| 6. その他の留意事項 | 10 |

V. 各様式の記載例（書面による請求の場合）

| | |
|---------------|----|
| 1. 明細書の記載について | 11 |
| 2. 請求書の記載について | 16 |
| 3. 総括票の記載について | 20 |

VI. 審査支払について

| | |
|-----------------|----|
| 1. 明細書の返戻 | 21 |
| 2. 資格確認結果連絡書 | 21 |
| 3. 明細書の取り下げについて | 21 |
| 4. 過誤調整について | 22 |
| 5. 再審査について | 22 |
| 6. 訪問看護療養費の支払期日 | 22 |
| 7. その他の留意事項 | 23 |

| | |
|----------------------|----|
| 別表 1 自己負担限度額及び特記事項一覧 | 24 |
|----------------------|----|

| | |
|---------------------------------|----|
| 別表 2 心身の状態欄 別表 7 及び別表 8 疾病等コード表 | 25 |
|---------------------------------|----|

VII. 資 料

| | | |
|------|----------------------------|----|
| 1 | 国保・後期高齢者医療及び公費負担医療一覧表 | 27 |
| 2 | 千葉県 国保保険者・後期高齢者医療番号一覧 | 28 |
| 3 | 明細書等の編綴方法 | 29 |
| 4 | 訪問看護療養費請求書（様式第二） | 30 |
| 5 | 訪問看護療養費請求書（様式第三） | 31 |
| 6 | 訪問看護療養費総括票（様式第1号の4） | 32 |
| 7 | 資格確認結果連絡書 | 33 |
| 8 | 診療（調剤）報酬等明細書の取り下げ依頼書 | 34 |
| 9－1 | 過誤・再審査結果通知書（国保） | 35 |
| 9－2 | 過誤・再審査結果通知書（後期） | 36 |
| 10 | 保険医療機関等過誤清算書 | 37 |
| 11－1 | 診療（調剤）報酬等振込通知書の見方 | 38 |
| 11－2 | 診療（調剤）報酬等振込通知書コードの説明 | 39 |
| 12 | 電子情報処理組織の使用による費用の請求に関する届け出 | 40 |

I. 訪問看護療養費の請求について

1. 国保連合会で取扱う範囲

県内の指定訪問看護事業者を利用した国保保険者（全国市町村・国保組合）に係る被保険者、後期高齢者医療及び公費負担医療該当者についての訪問看護療養費請求書（以下「請求書」という。）、訪問看護療養費明細書（以下「明細書」又は「レセプト」という。）です。

| 種 類 | 本 人 家 族 区 分 | | 法 定 給 付 割 合 |
|---------|-------------|----------------------|-------------|
| 国民健康保険 | 一 般 | 高齢受給者（70 歳以上）一般・低所得者 | 8 割 |
| | | 高齢受給者（70 歳以上）上位所得者 | 7 割 |
| | | 被保険者 | 7 割 |
| | | 未就学者 | 8 割 |
| 後期高齢者医療 | 一般Ⅰ・低所得者 | | 9 割 |
| | 一般Ⅱ | | 8 割 |
| | 現役並み所得者 | | 7 割 |

資料1 国保・後期高齢者医療及び公費負担医療一覧表

資料2 千葉県国保保険者・後期高齢者医療番号一覧

2. 子ども医療費助成事業に係る請求について

他の公費負担医療の請求と同様、公費併用レセプトとして、国保保険者分のみを本会で取り扱っています。

なお、子ども医療費助成制度の詳しい内容等については、千葉県ホームページに掲載されていますので、参考にしてください。

千葉県ホームページ

「ホーム」⇒「暮らし・福祉・健康」⇒「福祉・子育て」⇒「子育て支援」⇒「母子保健」
⇒「子ども医療費助成制度について」

URL：<https://www.pref.chiba.lg.jp/jika/boshi/kodomo-iryo/nyuuyouji.html>

問い合わせ先

所属課室：千葉県健康福祉部児童家庭課 母子保健班

電話番号：043-223-2332 ファックス番号：043-224-4085

3. 重度心身障害者（児）医療費助成事業に係る請求について

他の公費負担医療の請求と同様、公費併用レセプトとして提出してください。

なお、県内国保組合、全国組織国保組合の3組合（全国土木（133033）、中央建設（133264）、全国建設（133298））についても取扱い対象となります。

また、重度心身障害者（児）医療費助成事業の詳しい内容等については、千葉県ホームページに掲載されていますので、参考にしてください。

千葉県ホームページ

「ホーム」⇒「くらし・福祉・健康」⇒「福祉・子育て」⇒「障害者（児）」⇒「障害のある人のための助成・支援・医療等」⇒「障害のある人への医療」⇒「重度心身障害者（児）医療費助成」⇒「重度心身障害者（児）医療給付改善事業について」

URL：<https://www.pref.chiba.lg.jp/shoufuku/service/iryou/juudo.html>

問い合わせ先

所属課室：千葉県健康福祉部 障害者福祉推進課 障害保健福祉推進班

電話番号：043-223-2340 ファックス番号：043-221-3977

4. ひとり親家庭等医療費等助成事業に係る請求について

令和2年11月診療より、ひとり親家庭等医療費等助成事業の見直しにより、保険医療機関等の窓口で受給券を提示し、受給券に記載された自己負担額のみで医療を受けられる、「現物給付方式」へ変更になりましたので、他の公費併用レセプトと同様、公費併用レセプトとして提出してください。

なお、県内国保組合、全国組織国保組合の3組合（全国土木（133033）、中央建設（133264）、全国建設（133298））についても取扱い対象となります。

また、ひとり親家庭等医療費等助成事業の詳しい内容等については、千葉県ホームページに掲載されていますので、参考にしてください。

千葉県ホームページ

「ホーム」⇒「くらし・福祉・健康」⇒「福祉・子育て」⇒「子育て支援」⇒「ひとり親家庭への支援」⇒「ひとり親家庭等医療費等助成事業について」

URL：<https://www.pref.chiba.lg.jp/jika/boshi/hitorioyairyohijosei.html>

問い合わせ先

所属課室：千葉県健康福祉部 児童家庭課 ひとり親家庭班

電話番号：043-223-2320 ファックス番号：043-224-4085

Ⅱ．電子情報処理組織を使用した費用の請求について

1．はじめに

令和6年6月（7月請求分）から訪問看護レセプトの電子情報処理組織の使用による請求（以下「オンライン請求」という。）が開始されています。

オンライン請求による電子レセプトの請求方法は「指定訪問看護事業者に係る電子情報処理組織を用いた費用の請求に関する取扱いについて」（令和6年1月12日 保連発0112第2号こ成母第12号こ支家第8号こ支障第3号）の別紙「指定訪問看護事業者に係る電子情報処理組織を用いた費用の請求に関する取扱要領」に規定されています。

2．オンライン請求の流れ

訪問看護ステーションは、レセプト電算処理システムで請求する電子媒体をオンライン請求で使用するパソコンに取込み、本会に送信します。

本会では、送信されたレセプトデータをWebサーバで受け付け、本会のシステムに接続し、処理業務を行うことになります。

訪問看護ステーションへは、本会のシステムで編集した返戻レセプトデータ、返戻内訳書データ、資格確認結果連絡書及び振込額データはWebサーバを介して提供します。

3．受付事務点検

受付事務点検とは、訪問看護ステーションが審査支払機関の事務点検プログラムを利用して、患者氏名の記録漏れなど事務的な記録誤り等があるレセプトを事前に確認でき、速やかな修正を可能とするサービスです。

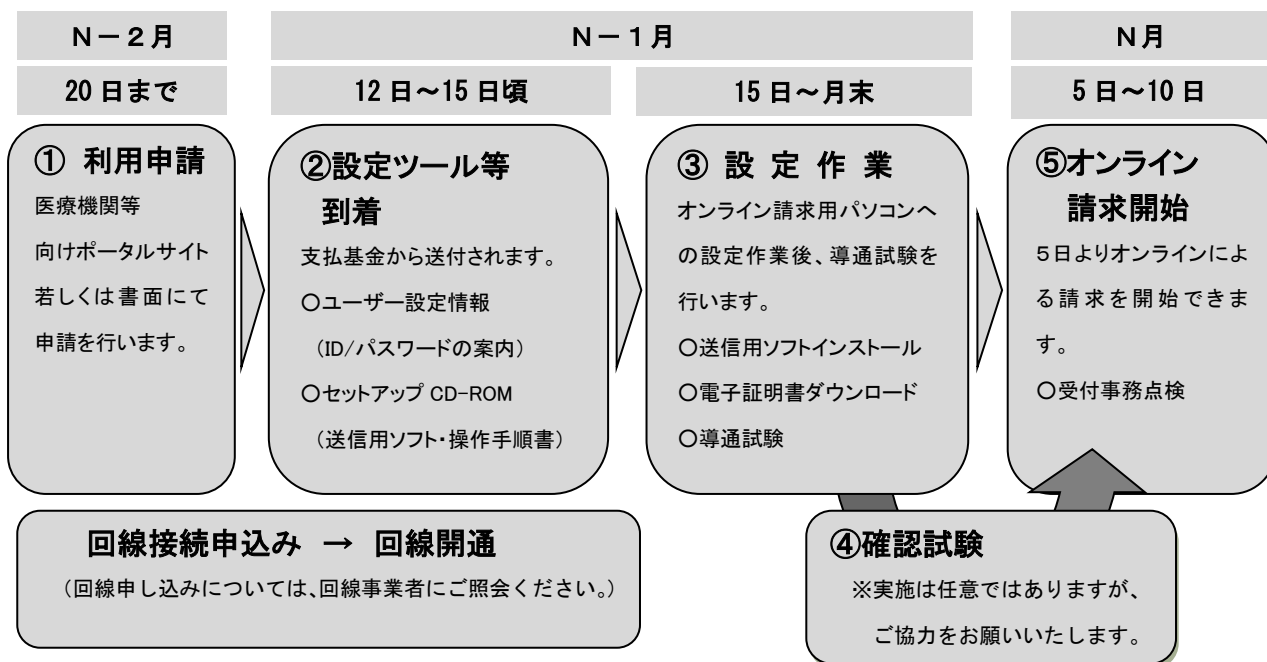
これにより、訪問看護ステーションにおいては請求確定前に誤りを修正することが可能となります。

4．オンライン請求開始まで

・訪問看護ステーションは、オンライン請求へ参加する際、「医療機関等向け総合ポータルサイト」（<https://iryohoken.jyoho.service-now.csm/csm>）から利用申請をしてください。

トップページ＞事業別トップメニュー＞オンライン資格確認・オンライン請求＞訪問看護＞利用申請＞オンライン請求の申請はこちら

なお、やむを得ない事情により、ポータルサイトからの申請が困難な場合には届出書（資料12）での申請も可能です。



5. オンラインによる請求期間及び利用期間

・レセプトの請求及び受付事務点検

5日～7日 8:00～21:00

8日～10日 8:00～24:00

・受付事務点検結果の訂正可能期間

5日～12日 8:00～21:00 (8日～10日は24:00まで)

審査、支払の処理上、毎月10日までに請求確定をお願いします。

・確認試験及び導通試験

5日～月末 8:00～21:00

・各種帳票等のダウンロード

5日～月末 8:00～21:00 (8日～10日は24:00まで)

*上記期間が休日(土曜、日曜及び祝日)の場合でも利用期間、利用時間は同様です。

なお、12月29日～31日はメンテナンス期間となります。

6. 請求確定時における注意事項

(1) 請求の確定について

- ・不要な請求データは確定せず、取消をするようにご協力ください。
- ・請求を確定したレセプトデータについては、訪問看護ステーション、国保連合会のいずれでも削除や取消をすることができません。
- ・請求確定後に訂正箇所が見つかった場合は、再度データを送信いただくことになります。
- ・請求を複数回請求確定された場合、本会で不要な請求確定データを取り込まないようにする必要がありますので、下記担当までご連絡ください。

(2) 「受付不能」について

「受付不能」になっているデータは、データの形式に不備があるため、未請求の扱いになります。データを訂正し再度請求していただく必要がありますので、請求漏れにご注意ください。

7. 返戻分の再請求について

(1) 本会からオンラインで返戻したレセプトの再請求は、原則オンラインで対応することになっています。返戻レセプトデータをCSVデータでダウンロードしてください。

(2) 返戻レセプトデータ（CSV）のダウンロード期間は、請求した翌月5日から翌々月の月末までとなります。

ただし、本会支払業務のスケジュールにより、CSVデータの掲載が遅れることもありますので、予めご了承くださいようお願いします。

なお、掲載が遅れる場合には、オンライン請求システムのトップページにてお知らせします。

(3) 過誤再審査等返戻レセプトは書面にて送付し、返戻レセプトデータの提供は行いません。

8. その他の留意事項

ステーションコード、OS、電気通信回線等に変更が生じた場合は、20日までに医療機関等向けポータルサイトからの申請が必要です。

やむを得ない事情によりポータルサイトからの申請が困難な場合には、届出書（資料12）での申請も可能です。

オンライン請求システムに関するお問い合わせは、下記担当までお願いします。

千葉県国民健康保険団体連合会
総務部 企画情報課 審査システム係
TEL 043-254-7310
FAX 043-254-7401
<https://www.kokuhoren-chiba.or.jp/>

Ⅲ. 請求と提出期限について

1. オンライン請求の場合

毎月5～10日にご請求ください。(CD・DVD等光ディスクは不可)

締め切りは毎月10日(24時)です。

2. 書面による請求の場合 (猶予届出を提出した訪問看護ステーション及び過誤返戻再請求の提出)

明細書及び請求書等は、配送業者等で送付または直接本会へお持ちください。

(1) 配送業者等で送付する場合

毎月 **10日必着** で本会に送付してください。配送業者等の指定はしていませんが、事故防止の観点から、配達記録の残る方法(書留郵便・レターパック等)での送付をお願いします。

なお、本会では多種の請求書等をお預かりし、各担当部署において審査等の業務を行っていますので、差出元住所・名称・内容物等の記載をお願いします。

土・日・休日の郵便配達がありません。早めの送付をお願いします。

郵送の場合は、国保連合会個別番号の記載をお願いします。

《封筒 記載例》

| | |
|-------------------------------|-------------------------------|
| 切手 | 2 6 3 - 8 5 6 6 |
| 封筒の大きさ、重さをご確認のうえ、切手を貼付してください。 | 千葉県国民健康保険団体連合会 審査第三課 審査業務係 |
| 〇〇〇在中 | 千葉市稲毛区天台 六・四・三 |

(表)

名称 (訪問看護ステーション名)
差出元住所

(裏)

担当係の記載にご協力ください。

【記載例】

- ・レセプト 在中
- ・取り下げ依頼書 在中
- ・介護保険 在中

(2) 直接本会へ持ち込む場合

国保会館にて、診療月の翌月 1日から10日の午前9時から午後5時 まで受付を行います。

なお、土曜日・日曜日・祝日は閉館日となりますが、毎月10日（受付締切日）に限り、休日でも受付窓口業務を行っています。

また、**来館日や提出物により、受付場所が異なります**ので、国保会館1フロビーの案内に従って、所定の場所にお持ちください。

受付時に「**診療報酬等請求書受領書**」（右図）にて受理を確認しますので、必要書類とともに提出してください。

※「診療報酬等請求書受領書」の用紙は受付事務局にて配布しています。

国保会館
診療報酬等請求書受領書
医・歯・調・訪
風しん・出産育児
医療機関等コード

受領印

医療機関等
診療報酬等請求書受領書
医療機関等コード

受領印

千葉県国民健康保険団体連合会

3. 必要書類について

(1) オンライン請求の場合

オンライン請求のみの場合、総括票の提出は不要となります。

※特別療養費は書面での請求となります。

※取り下げ依頼書は書面での提出となります。

(2) 書面による請求の場合

提出の際に必要なものは、請求方法によって異なりますので、必要書類等を確認の上、不備のないように提出してください。

- ・訪問看護療養費明細書 様式第四の二 (白色)
- ・訪問看護療養費請求書 様式第二 (国民健康保険分) (青色)
- ・訪問看護療養費請求書 様式第三 (後期高齢者医療分) (青色)
- ・訪問看護療養費総括票 様式第1号の4 (白色)

※ 明細書等の編綴方法については、資料3を参照ください。

(3) 請求書等の取得

- ・請求書（様式第二・様式第三）及び訪問看護療養費総括票（様式第1号の4）の様式は、各都道府県によって異なります。
- ・千葉県については、本会ホームページ（下記参照）に掲載しています。

《URL》 <https://www.kokuhoren-chiba.or.jp/>

または、【ちばこくほ】で検索
「ホーム」⇒「医療機関の皆様へ」

Ⅳ．訪問看護療養費の記載要領等（書面による請求の場合）

ここでは書面による請求の場合について説明します。オンライン請求の訪問看護ステーションは厚生労働省ホームページ「診療情報提供サービス」に掲載の記録条件仕様に沿って作成してください。

1．訪問看護療養費明細書

（1）明細書の様式

明細書は、厚生労働省告示により様式が定められています（様式第四の二）。用紙の大きさは日本工業規格「A4」とし、白色紙 黒色刷りです。

手書きで記入または修正をする際は、黒インク又は黒ボールペン等を使用してください。

（2）記載上の注意点

明細書は、厚生労働省通知「訪問看護療養費請求書等の記載要領等について」（令和6年保医発0327第5号・別添3）に基づいて作成してください。

同一の利用者が訪問看護ステーションを終了した月と同一の月に、再度、同一ステーションを利用した場合は、1枚の明細書にまとめて記載してください。

なお、月の途中において保険者番号の変更や国民健康保険から後期高齢者医療へ変更があった場合には、保険者毎にそれぞれ別に明細書を作成してください。

2．訪問看護療養費請求書

（1）請求書の様式

請求書の様式は「様式第二及び様式第三」（資料4・5）を使用します。用紙の大きさは日本工業規格「A4」とし、青色紙 黒色刷りです。

手書きで記入または修正をする際は、黒インク又は黒ボールペン等を使用してください。

（2）請求書の種類

① 訪問看護療養費請求書（国民健康保険用） 様式第二 （資料4）

② 訪問看護療養費請求書（後期高齢者医療用） 様式第三 （資料5）

国民健康保険は「保険者番号別」、後期高齢者医療は「都道府県番号別」に作成し、法定外給付を行う明細書がある場合は、請求書を別に作成してください。

「被災」該当分についても別に作成してください。（「5．被災に係る訪問看護療養費明細書の提出方法について」を参照）

(3) 記載上の注意点

請求書は、厚生労働省通知「訪問看護療養費請求書等の記載要領等について」に基づき作成してください。

3. 訪問看護療養費総括票

訪問看護療養費総括票（以下、「総括票」という。）の様式は「様式第1号の4」（資料6）を使用します。用紙の大きさは日本工業規格「A4」とし、**白色紙 黒色刷り**です。

手書きで記入または修正をする際は、黒インク又は黒ボールペン等を使用してください。総括票は訪問看護ステーション毎の請求すべての集計となります。

4. 特別療養費に係る明細書の提出方法等について

市町村又は後期高齢者医療広域連合は、「国民健康保険資格確認書」・「後期高齢者医療資格確認書」に代えて「国民健康保険資格確認書（特別療養）」・「後期高齢者医療資格確認書（特別療養）」を交付しており、この資格確認書（特別療養）を提示して受けた療養を「特別療養費」といいます。

この資格確認書（特別療養）を提示され診療を行った場合には、下記により提出されますようお願いいたします。

- ・窓口では、診療費用の10割（全額）を徴収してください。
- ・本会に明細書を提出する場合は、明細書及び総括票の上部余白にそれぞれ「**特別療養費**」と **朱書**してください。（請求書の添付は必要ありません。）
- ・特別療養費と朱書した明細書及び総括票は、一般の明細書等と区別し、診療月の翌月10日までに本会へ提出してください。
- ・総括票の「件数」欄に総件数を記載し、下部余白に内訳（保険者番号毎の件数）を記載してください。
- ・本会においては、審査終了後、当該明細書に審査済印を押印し、その写しを当該訪問看護ステーションへ送付します。この写しは確定申告の際に必要となりますので、大切に保管してください。なお、原本は保険者へ送付します。

5. 被災に係る訪問看護療養費明細書の提出方法について

- ・特記事項欄（特記欄）に「96 災1」又は「97 災2」と記載してください。
- ・一部負担金を免除した場合には、保険・負担金額欄に「免除」と記載してください。
- ・明細書の欄外上部に赤色で「災1」又は「災2」と記載してください。
- ・別に請求書を作成し、上部余白に赤色で「災」と記載してください。

- ・総括票の総件数・総金額の集計には含めて記載してください。
- ・明細書の記載方法等については、本会ホームページ（「医療機関の皆様へ」⇒「震災、暴風雨被害に関する診療報酬等の請求の取扱いについて」）をご確認ください。

6. その他の留意事項

- ・レセプトの印字にはゴシック体に類似した「OCR-Bフォント」が適しています。
明朝体のような通常文字は数字の開放部が狭いため誤認識の可能性がありますので、なるべく使用しないでください。
- ・印字文字どうしの接触や罫線からはみ出し等に注意してください。
- ・印字むらや文字のかすれが生じないよう、定期的にプリンタの清掃・点検をお願いします。
また、インクリボン・トナー等の交換は早めに行ってください。
- ・請求書等の記載及び訂正を手書きで行う場合は黒インク又は黒ボールペン等を使用してください。
なお、訂正の際は、修正液等は使用せず、誤って記載した箇所を二重線で消して正しい数字等を記載してください。

V. 各様式の記載例（書面による請求の場合）

1. 明細書の記載について

1 5 頁に掲載の訪問看護療養費明細書に付番した番号と照合し、ご確認ください。

①「令和 年 月分」欄

指定訪問看護が行われた年月を記載してください。

②「都道府県番号」欄

千葉県の県番号「1 2」を記載してください。

③「訪問看護ステーションコード」欄

指定訪問看護ステーション番号7桁のコードを記載してください。

④「保険種別」欄

下記に記載する制度等により該当箇所に○を付けてください。

| | | | | | |
|------------------|-------|------|------|-------|--------|
| 国 保 一 般 | 1 社・国 | 1 単独 | 2 本人 | 8 高齢一 | 10 9 8 |
| | 2 公費 | 2 2併 | 4 六歳 | | |
| | 3 後期 | 3 3併 | 6 家族 | 0 高齢7 | 7 |
| | 1 社・国 | 1 単独 | 2 本人 | 8 高齢一 | 10 9 8 |
| | 2 公費 | 2 2併 | 4 六歳 | | |
| | 3 後期 | 3 3併 | 6 家族 | 0 高齢7 | 7 |
| | 1 社・国 | 1 単独 | 2 本人 | 8 高齢一 | 10 9 8 |
| | 2 公費 | 2 2併 | 4 六歳 | | |
| | 3 後期 | 3 3併 | 6 家族 | 0 高齢7 | 7 |
| | 1 社・国 | 1 単独 | 2 本人 | 8 高齢一 | 10 9 8 |
| | 2 公費 | 2 2併 | 4 六歳 | | |
| | 3 後期 | 3 3併 | 6 家族 | 0 高齢7 | 7 |
| | 1 社・国 | 1 単独 | 2 本人 | 8 高齢一 | 10 9 8 |
| | 2 公費 | 2 2併 | 4 六歳 | | |
| | 3 後期 | 3 3併 | 6 家族 | 0 高齢7 | 7 |

| | | | | | |
|---------------------------------|-------|------|------|-------|--------|
| 後 期 高 齢 者 医 療 | 1 社・国 | 1 単独 | 2 本人 | 8 高齢一 | 10 9 8 |
| | 2 公費 | 2 2併 | 4 六歳 | | |
| | 3 後期 | 3 3併 | 6 家族 | 0 高齢7 | 7 |
| | 1 社・国 | 1 単独 | 2 本人 | 8 高齢一 | 10 9 8 |
| | 2 公費 | 2 2併 | 4 六歳 | | |
| | 3 後期 | 3 3併 | 6 家族 | 0 高齢7 | 7 |
| | 1 社・国 | 1 単独 | 2 本人 | 8 高齢一 | 10 9 8 |
| | 2 公費 | 2 2併 | 4 六歳 | | |
| | 3 後期 | 3 3併 | 6 家族 | 0 高齢7 | 7 |

(注)「給付」欄について、後期高齢者医療一般のうち、1割負担の者と、2割負担の者の判別は、「特記」欄に記載される所得区分により行うため、特段の記載は必要ありません。

⑤「公費負担者番号」欄

公費負担医療等で医療費助成がある場合は、公費負担者番号・受給者番号を記載してください。

⑥「保険者番号」欄

保険者番号は右詰めで記載してください。

⑦「氏名」欄

訪問看護を受けた方の氏名・性別及び生年月日を記載してください。

⑧「特記」欄

高齢受給者証または後期高齢者医療資格確認書を提示した患者については、負担割合と限度額認定証に応じて以下の区分を記載してください。なお、その他の区分については記載要領をご確認ください。

| 本人・家族欄 | | 負担割合 | 特記欄に記載する区分 | 限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証の提示の有無 |
|--------|----------|------|------------|----------------------------------|
| 0 高齢 7 | 前期・後期高齢者 | 3 割 | 2 6 区ア | 資格確認書のみ提示（限度額適用認定証の提示がない場合） |
| | | | 2 7 区イ | 限度額適用認定証の提示あり（適用区分：現役並みⅡ又は現役Ⅱ） |
| | | | 2 8 区ウ | 限度額適用認定証の提示あり（適用区分：現役並みⅠ又は現役Ⅰ） |
| 8 高齢 一 | 前期高齢者 | 2 割 | 2 9 区エ | 資格確認書のみ提示（限度額適用認定証の提示がない場合） |
| | | | 3 0 区オ | 限度額適用認定証の提示あり（適用区分：Ⅰ又はⅡ） |
| | 後期高齢者 | 2 割 | 4 1 区カ | 資格確認書のみ提示（限度額適用認定証の提示がない場合） |
| | | 1 割 | 4 2 区キ | 資格確認書のみ提示（限度額適用認定証の提示がない場合） |
| | | | 3 0 区オ | 限度額適用認定証の提示あり（適用区分：Ⅰ又はⅡ） |

※前期高齢者で認定証等の提示がなく、給付割合 7 割の場合は「26 区ア」を記載し、給付割合 8 割の場合は「29 区エ」を記載してください。

※後期高齢者で認定証等の提示がなく、給付割合 7 割の場合は「26 区ア」を記載し、給付割合 8 割の場合は「41 区カ」、9 割の場合は「42 区キ」を記載してください。

⑨「合計」欄

合計金額を記載してください。

⑩「負担金額」欄

高額療養費が現物給付された場合に一部負担金の額を記載してください。

⑪「備考」欄

70 歳以上で「30 区オ」の所得区分の場合は、高額療養費が現物給付された場合に限り、備考欄に「低所得Ⅰ」または「低所得Ⅱ」を記載してください。

※⑧ ⑩ ⑪ 別表 1 「自己負担限度額及び特記事項一覧」を参照。

⑫「訪問した場所」欄

訪問した場所が「２ 施設」に該当する場合にあたっては、次の表に掲げる施設等のうち該当するコードを、「３ その他」に該当する場合にあつてはその場所をそれぞれの（ ）に記載してください。

| コード | 施設等 |
|-----|-------------------------|
| ０１ | 社会福祉施設及び身体障害者施設 |
| ０２ | 小規模多機能型居宅介護 |
| ０３ | 複合型サービス |
| ０４ | 認知症対応型グループホーム |
| ０５ | 特定施設 |
| ０６ | 地域密着型介護老人福祉施設及び介護老人福祉施設 |

⑬「心身の状態」欄

・利用者の心身の状態を記載してください。（利用者の状態や日常生活動作（ADL）の状態を具体的に記載。）別表７・８、超重症児・準超重症児の場合は、該当するコードを全て記載してください。

※別表２「心身の状態欄 別表７及び別表８ 疾病等コード表」を参照

・GAF

精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）又は（Ⅲ）を算定する場合、月の初日の訪問看護時におけるGAF尺度により判定した値に対応する次の表に掲げるコードと判定した年月日を記載してください。

※GAF尺度とは、機能の全体的評価尺度で、成人の社会的・職業的・心理的機能を評価する際に用いられている１～１００の数値スケールになります。

| コード | GAF尺度により判定した値 |
|-----|--|
| ０１ | GAF尺度１００－９１ |
| ０２ | GAF尺度９０－８１ |
| ０３ | GAF尺度８０－７１ |
| ０４ | GAF尺度７０－６１ |
| ０５ | GAF尺度６０－５１ |
| ０６ | GAF尺度５０－４１ |
| ０７ | GAF尺度４０－３１ |
| ０８ | GAF尺度３０－２１ |
| ０９ | GAF尺度２０－１１ |
| １０ | GAF尺度１０－１ |
| １１ | GAF尺度０ |
| ２０ | 家族への訪問看護でありGAF尺度による判定が行えなかった（当該月に利用者本人への訪問看護を行わなかった） |

⑭「訪問開始年月日」欄

訪問看護を開始した年月日を記載してください。

⑮「死亡の状況」欄

ターミナルケア療養費を算定の場合は、年月日・時刻・場所を記載してください。

⑯「指示期間」欄

主治医の交付した最新の訪問看護指示書の指示有効期間を示す年月日を記載してください。

訪問日は指示期間内であるか、精神科基本療養費を算定の場合には精神指示期間に記載をしているか、ご確認ください。

⑰「主治医」欄

訪問看護指示書等を交付した保険医療機関名、医師の氏名を記載してください。直近報告年月日には、指示書を交付した主治医に対して、訪問看護計画書又は報告書により報告をした場合に、その最終報告年月日を記載してください。

⑱「管理療養費」欄

特別管理加算は、関東信越厚生局に届出が必要です。

疾病コード4 1～4 6に該当・・・5， 0 0 0円算定可

疾病コード5 9に該当・・・2， 5 0 0円算定可

別表8に該当しているか、コードと金額が一致しているか、ご確認ください。

⑲「情報提供先」欄

訪問看護情報提供療養費を算定する場合は該当の情報提供先を○で囲み、必要事項を記載してください。

⑳「特記事項」欄

・ 5 介

要介護被保険者等で訪問看護を医療保険で算定している場合に「5」を○で囲みます。

なお、要介護被保険者等の者で別表7該当、特別指示期間該当、精神科基本療養費算定、訪問看護基本療養費（Ⅲ）算定のいずれでもない場合、医療保険での請求はできません。

駅略称ステーションコード

1994年

– 15 –

2. 請求書の記載について

(1) 訪問看護療養費請求書（様式第二） 国民健康保険分

17頁に掲載の訪問看護療養費請求書に付番した番号と照合し、ご確認ください。

- ① 「令和 年 月分」欄
訪問年月を記載してください。
- ② 「ステーションコード」欄
ステーションコード（7桁）を記載してください。（例：0981234）
- ③ 「保険者番号」欄
保険者番号（6桁）を記載してください。（千葉市は124008で全区一括請求してください。）
- ④ 「令和 年 月 日」欄
請求書を提出する提出年月日を記載してください。
- ⑤ 「訪問看護ステーションの所在地及び名称、指定訪問看護事業者氏名」欄
ステーションの所在地及び名称、指定訪問看護事業者等の氏名を記載してください。
- ⑥ ～⑨ 下記の請求書区分に従い、明細書の件数・訪問日数・請求額の合計を記載してください。

| | 請求書区分 | | 適用 | 各請求書区分に集計する明細書の種類 | | |
|---|---------------|---|---------|-------------------|-------|------|
| | | | | 制度 | 種類 | 給付割合 |
| ⑥ | 国保一般 70 歳以上8割 | 1 | 前期高齢者8割 | 1 社・国 | 8 高齢一 | 8 割 |
| ⑦ | 国保一般 70 歳以上7割 | 3 | 前期高齢者7割 | | 0 高齢7 | 7 割 |
| ⑧ | 国保一般被保険者 | 5 | 本人 | 1 社・国 | 2 本人 | 7 割 |
| | | | 家族 | | 6 家族 | 7 割 |
| ⑨ | 国保一般6歳 | 7 | 未就学者 | 1 社・国 | 4 六歳 | 8 割 |

- ⑩ 「負担金額」欄
明細書合計欄の保険の負担金額欄に記載した一部負担金の合計を記載してください。
- ⑪ 「公費負担医療」欄
公費負担医療の請求がある場合は、法別ごとに明細書の件数・金額・各法負担金額の合計を再掲してください。
※三者併用についても公費の法別番号ごとにそれぞれ記載してください。
※公費負担がある場合、国民健康保険欄（⑥～⑨）に **再掲** となります。

① 令和 年 月分 訪問看護療養費請求書

保 険 者
(別 記) 殿

訪問看護ステーション
の 所 在 地 及 び 名 称
指定訪問看護事業者氏名
電 話 番 号

⑤

④

下記のとおり請求する。
令和 年 月 日

| | | |
|-------------|-----|-------------|
| ③ 保 険 者 番 号 | 県番号 | ② ステーションコード |
| | 1 2 | |

| | | | |
|------|-------|---|----|
| 点数表別 | 法定外給付 | | |
| 6 | 8 | 9 | 10 |

国民健康保険

| 訪 問 看 護 | | | 件 数 | 日 数 | 金 額 | ⑩ 負担金額 | 備 考 |
|----------------------------|------------------------|------|-----|-----|-----|--------|-----|
| 国 民 健 康 保 険 | 70歳以上 一般・低所得 8 割 | 請求 1 | ⑥ | | | | |
| | | ※決定 | | | | | |
| | 70歳以上 7 割 | 請求 3 | ⑦ | | | | |
| | | ※決定 | | | | | |
| | 被保険者 | 請求 5 | ⑧ | | | | |
| | | ※決定 | | | | | |
| | 6 歳 | 請求 7 | ⑨ | | | | |
| | | ※決定 | | | | | |

| 区 分 | | | 件 数 | 日 数 | 金 額 | 負担金額 | 備 考 |
|----------------------------|--|------|-----|-----|-----|------|-----|
| 公 費 負 担 医 療 | | 請求 0 | | | | | ⑪ |
| | | ※決定 | | | | | |
| | | 請求 1 | | | | | |
| | | ※決定 | | | | | |
| | | 請求 2 | | | | | |
| | | ※決定 | | | | | |
| | | 請求 3 | | | | | |
| | | ※決定 | | | | | |
| | | 請求 4 | | | | | |
| | | ※決定 | | | | | |

| 区 分 | | 返 戻 | | | | 増 減 金 額 | | | |
|-----------------------|--|-----|-----|-----|------|---------|---|-----|------|
| | | 件 数 | 日 数 | 金 額 | 負担金額 | 増 | 減 | 金 額 | 負担金額 |
| ※ 審 査 状 況 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

※欄には記入しないで下さい。

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

様式 第二

訪問看護療養費請求書（様式第三） 後期高齢者医療分

1 9 頁に掲載の訪問看護療養費請求書に付番した番号と照合し、ご確認ください。

- ① 「令和 年 月分」欄
訪問年月を記載してください。
- ② 「ステーションコード」欄
ステーションコード（7桁）を記載してください。（例：0981234）
- ③ 「後期高齢者医療広域連合都道府県番号」欄
都道府県番号（2桁）を記載してください。
- ④ 「令和 年 月 日」欄
請求書を提出する提出年月日を記載してください。
- ⑤ 「訪問看護ステーションの所在地及び名称、指定訪問看護事業者氏名」欄
ステーションの所在地及び名称、指定訪問看護事業者等の氏名を記載してください。
- ⑥・⑦ 請求書区分に従い明細書の件数・訪問日数・請求額の合計を記載してください。

| | 請 求 書 区 分 | 適 用 | 各請求書区分に集計する明細書の種類 | | |
|---|------------|-----------|-------------------|-------|-------|
| | | | 制 度 | 種 類 | 給付割合 |
| ⑥ | 後期高齢一般・低所得 | 被保険者8割・9割 | 3 後 期 | 8 高齢一 | 8割・9割 |
| ⑦ | 後期高齢7割 | 被保険者7割 | 3 後 期 | 0 高齢7 | 7 割 |

- ⑧ 「負担金額」欄
明細書合計欄の保険の負担金額欄に記載した一部負担金の合計を記載してください。
- ⑨ 「公費負担医療」欄
公費負担医療の請求がある場合は、法別ごとに明細書の件数・金額・精神等各法負担金額の合計を再掲してください。
※三者併用についても公費の法別番号ごとにそれぞれ記載してください。
※公費負担がある場合、後期高齢欄（⑥・⑦）に 再掲 となります。

① 令和 年 月分 訪問看護療養費請求書

保 険 者
各広域連合 殿

訪問看護ステーション
の 所 在 地 及 び 名 称
指定訪問看護事業者氏名
電 話 番 号

⑤

様 式 第 三

④
下記のとおり請求する。
令和 年 月 日

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-----------------------|---|--|--|-----|------------|--|--|--|--|--|--|--|----------|
| ③ | 後期高齢者医療広域連合 都道府県番号 | | | | 県番号 | ②ステーションコード | | | | | | | | 点数 表別 |
| | 3 | 9 | | | 1 | 2 | | | | | | | | |

後期高齢者医療

| 訪 問 看 護 | | 件 数 | 日 数 | 金 額 | ⑧負担金額 | 備 考 |
|------------------|----------------|-----|-----|-----|-------|-----|
| 後 期 高 齢 | 一般 ・ 低所得 | 請求 | ⑥ | | | |
| | | ※決定 | | | | |
| | 七 | 請求 | ⑦ | | | |
| | 割 | ※決定 | | | | |

公費負担医療

| 区 分 | | 件 数 | 日 数 | 金 額 | 負担金額 | 備 考 |
|----------------------------|--|------|-----|-----|------|-----|
| 公 費 負 担 医 療 | | 請求 0 | | | | ⑨ |
| | | ※決定 | | | | |
| | | 請求 0 | | | | |
| | | ※決定 | | | | |
| | | 請求 0 | | | | |
| | | ※決定 | | | | |
| | | 請求 0 | | | | |
| | | ※決定 | | | | |
| | | 請求 0 | | | | |
| | | ※決定 | | | | |
| | | 請求 0 | | | | |
| | | ※決定 | | | | |

| 区 分 | | 返 戻 | | | | 増 減 金 額 | | | |
|-----------------------|--|-----|-----|-----|------|---------|---|-----|------|
| | | 件 数 | 日 数 | 金 額 | 負担金額 | 増 | 減 | 金 額 | 負担金額 |
| ※ 審 査 状 況 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

※欄には記入しないで下さい。

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

3. 総括票の記載について

下記の訪問看護療養費総括票に付番した番号と照合し、ご確認ください。なお、訪問看護療養費総括票は、当月の請求に対して1枚必要となります。

① 「ステーションコード」欄

ステーションコード（7桁）を記載（例：0981234）

② 「所在地・名称・電話番号・事業者名」欄

ステーションの所在地、名称、電話番号、事業者名を記載してください。

③ 「年 月分」欄

訪問年月を記載してください。

④ 「後期高齢者医療」欄

後期高齢者医療の明細書の総件数及び総金額を集計して記載してください。

⑤ 「国保」欄

国民健康保険の明細書の総件数及び総金額を集計して記載してください。

⑥ 「合計」欄

後期高齢者医療及び国民健康保険の総件数及び総金額を集計して記載してください。

注)「※受付印」欄及び「※審査状況」欄には記載しないでください。

様式第1号の4

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---------|--------------------------------|-------|-------|--|--|--|---|---|---|---|--|--|--|--|
| ステーション コード ① | | | | | | | | | | | | | | | |
| 訪問看護療養費総括票 | | | | | | | | | | | | | | | |
| ③ 年 月分 | | 所在地 名称 電話番号 事業者名 ② | | | | | | | | | | | | | |
| 区 分 | 総 件 数 | 総 金 額 | 基本利用料 | | | | | | | | | | | | |
| 請 求 | 後期高齢者医療 | ④ | | | | | | | | | | | | | |
| | 国 保 | ⑤ | | | | | | | | | | | | | |
| | 合 計 | ⑥ | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center; padding: 5px;">※ 受付印</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">持</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">普</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">速</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">書</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="height: 50px;"></td> </tr> </table> | | | | ※ 受付印 | | | | 持 | 普 | 速 | 書 | | | | |
| ※ 受付印 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 持 | 普 | 速 | 書 | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| 区 分 | 総 件 数 | 総 金 額 | 基本利用料 | | | | | | | | | | | | |
| ※ 審 査 状 況 | 返 戻 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 増 点 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 減 点 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 誤 算 | | | | | | | | | | | | | | |
| ※ 決 定 | | | | | | | | | | | | | | | |

※欄には記入しないで下さい。

VI. 審査支払について

1. 明細書の返戻

本会では、記載事項の不備等で明細書を返戻することがあります。

【オンライン請求訪問看護ステーションの場合】

- ・オンライン請求システムに返戻レセプトデータ及び返戻内訳書データを配信しますので、ご使用の端末でダウンロードし、訂正等したうえで再請求を行うようお願いいたします。

【紙媒体請求訪問看護ステーションの場合】

- ・書面明細書に返戻付せんを貼付して返送しますので、返戻理由を確認してください。
- ・返戻された明細書を再提出する場合は、該当箇所の訂正や照会内容への回答を明細書の摘要欄に明記のうえ、翌月分以降に含めて提出してください。

- 注意事項 -

オンライン請求

- ・一部負担金、指示期間、心身の状態等の記載内容が誤っている場合、本会では修正できない為返戻となります。請求前に必ずご確認ください。

書面による請求

- ・明細書の再作成（再打ち出しや新規書き直し）による再請求は認められませんので、本会から返送した明細書を原本として再提出してください。
- ・返戻付せんは剥がさずに、そのまま提出してください。
- ・内容照会の回答等は、明細書の摘要欄に記載し、返戻付せんには書き込まないようお願いいたします。

2. 資格確認結果連絡書

訪問看護ステーションから請求された 電子レセプト の資格確認は、審査支払機関によるオンライン資格確認等システムにより最新の資格情報と照合を行い、正しい資格情報のレセプトに自動的に振り替えられます。確認の結果、振替・分割となったレセプトが生じた場合には、「資格確認結果連絡書」（資料7）によりお知らせします。

3. 明細書の取り下げについて

明細書を取り下げる必要が生じた場合は、「診療（調剤）報酬等明細書の取り下げ依頼書」（資料8）の様式により、明細書を提出した月の **15日まで** に本会に提出してください。

なお、上記締め切り後に明細書を取り下げる場合については、本会より、該当保険者へ依頼をし

ますので本会に提出してください。この場合、訪問看護ステーションに明細書が返却されるまでに期間を要しますのでご了承ください。

※「診療(調剤)報酬等明細書の取り下げ依頼書」(資料8)は本会ホームページ内(「医療機関の皆様へ」⇒「診療(調剤)報酬等明細書の取り下げ依頼書について」)よりダウンロード可能です。

※「請求点数」欄には請求金額を記載してください。

※ オンライン請求した明細書の取り下げ依頼書についても、書面での提出になります。

4. 過誤調整について

診療報酬支払額を決定した後に保険者及び後期高齢者医療広域連合の申し出により過誤を確認した場合は、原則として翌月以降の支払額から、その過誤額を調整します。支払額から過誤額を調整した場合は、「保険医療機関等過誤精算書」(資料10)と共に書面レセプトを送付します。返戻されたレセプトを再提出する場合は、該当箇所を訂正し、翌月以降に含めて提出してください。

【過誤調整の種類】

- ①保険者からの資格等による過誤返戻
- ②訪問看護ステーションからの取り下げ依頼書による返戻(一度審査決定した明細書)

5. 再審査について

保険者及び後期高齢者医療広域連合の申し出による再審査の結果、返戻となった場合には「過誤・再審査結果通知書」(資料9-1~2)と共に書面レセプトを送付します。返戻された書面レセプトを再提出する場合は、該当箇所を訂正し、翌月分以降に含めて提出してください。

なお、金額の調整については「4. 過誤調整について」と同様となります。

6. 訪問看護療養費の支払期日

オンライン請求訪問看護ステーション

- ・請求月の翌月20日(当日が休日等の場合は、翌平日)

猶予届出提出訪問看護ステーション

- ・請求月の翌月25日(当日が休日等の場合は、直前の平日)
- ・紙媒体により「診療(調剤)報酬等振込通知書」(資料11-1)を送付しますので確認してください。なお、振込通知書の見方、コードの説明については(資料11-1、11-2)をご参照ください。

7. その他の留意事項

- ・訪問看護療養費に関する問い合わせは、**審査第三課審査業務係（043-254-7223）** にお願ひします。
- ・本会では、保険医療機関等へのお願ひや、請求・支払事務に関する情報提供等のため、「国保ニュース」を隔月に発行していますので活用してください。

【オンライン請求訪問看護ステーションの場合】

- ・オンライン請求システムの「お知らせ欄」に掲載します。

【紙媒体請求訪問看護ステーションの場合】

- ・郵送又は配送により、書面でお知らせします。

※国保ニュースは、本会ホームページ（「医療機関の皆様へ」⇒「国保ニュース」）にも掲載しています。

- ・本会では、診療（調剤）報酬の源泉徴収をしていません。

毎月お知らせする「診療（調剤）報酬等振込通知書」は、確定申告の際に必要となりますので、大切に保管してください。

- ・オンライン請求訪問看護ステーションについては、オンライン請求システムから各種帳票等データをダウンロードしてください。
- ・各種帳票には公開期間が設けられていますので、取得漏れにご注意ください。

詳細については以下のとおりです。

【参考】オンライン請求システムにおける各種帳票データの公開状況

| 格納先 | 帳票データ | 公開日 | 公開期間 ※3 |
|--------------|---|-----------|---------|
| 返戻レセプト⇒原審査分 | ・原審査分返戻レセプト(CSV) | 請求月翌月 5 日 | 3 か月 |
| 各種帳票等⇒返戻内訳書 | ・返戻内訳書(CSV) | 請求月翌月 5 日 | 1 2 か月 |
| 各種帳票等⇒資格確認結果 | ・資格確認結果連絡書(CSV) | 請求月翌月 5 日 | 1 2 か月 |
| 各種帳票等⇒振込額 | 審査結果 ・返戻内訳書(PDF) ・増減点返戻通知書(PDF) | 請求月翌月 5 日 | 3 か月 |
| | ・過誤・再審査結果通知書(PDF) ・振込通知書(PDF)※1 ・過誤精算書(PDF)※1 | 支払日当日 ※2 | 3 か月 |

※1 振込通知書及び過誤清算書に記載のコード等については、オンライン請求システムのお知らせ画面「支払関連帳票コード等の説明について」にて、確認ください。

※2 原則 20 日ですが、当日が休日等の場合は翌日となります。

※3 公開月を含めた月数です。(例: 公開期間が 3 か月とされているものが、4 月 5 日に公開された場合、同年 6 月末日までダウンロード可能です。)

自己負担限度額及び特記事項一覧

表内<>は多数回該当

| 国保 (70歳未満) | 略称 | 所得区分 | 特記 | 限度額適用認定証 (適用区分) | 自己負担限度額 (1月当り) | 51・52・54併用 | |
|---------------|----|------|----|--------------------|---|------------|----|
| | | | | | | 略称 | 特記 |
| | 区ア | 上位 | 26 | ア | 252,600円+(総医療費-842,000円)×1% <140,100円> | 区ア | 26 |
| | 区イ | | 27 | イ | 167,400円+(総医療費-558,000円)×1% <93,000円> | 区イ | 27 |
| | 区ウ | 一般 | 28 | ウ | 80,100円+(総医療費-267,000円)×1% <44,400円> | 区ウ | 28 |
| | 区エ | | 29 | エ | 57,600円 <44,400円> | 区エ | 29 |
| | 区オ | 低所得 | 30 | オ | 35,400円 <24,600円> | 区オ | 30 |

| 国保 (70歳以上) | 略称 | 所得区分 | 特記 | 高齢受給者証 (一部負担金の割合) | 限度額適用認定証 (適用区分) | 自己負担限度額 (1月当り) | 51・52・54併用 | |
|---------------|----|-------|----|----------------------|--------------------|---|------------|----|
| | | | | | | | 略称 | 特記 |
| | 区ア | 現役並みⅢ | 26 | 3割負担 | — | 252,600円+(総医療費-842,000円)×1% <140,100円> | 区ア | 26 |
| | 区イ | 現役並みⅡ | 27 | | 現役並みⅡ | 167,400円+(総医療費-558,000円)×1% <93,000円> | 区イ | 27 |
| | 区ウ | 現役並みⅠ | 28 | | 現役並みⅠ | 80,100円+(総医療費-267,000円)×1% <44,400円> | 区ウ | 28 |
| | 区エ | 一般 | 29 | 2割負担 | — | 18,000円 | 区エ | 29 |
| | 区オ | 低所得者Ⅱ | 30 | 2割負担 | Ⅱ | 8,000円 | 区オ | 30 |
| | | 低所得者Ⅰ | | 2割負担 | Ⅰ | 8,000円 | | |

| 後期高齢者医療被保険者 | 略称 | 所得区分 | 特記 | 高齢受給者証 (一部負担金の割合) | 限度額適用認定証 (適用区分) | 自己負担限度額 (1月当り) | 51・52・54併用 | |
|-------------|----|-------|----|----------------------|--------------------|---|------------|----|
| | | | | | | | 略称 | 特記 |
| | 区ア | 現役並みⅢ | 26 | 3割負担 | — | 252,600円+(総医療費-842,000円)×1% <140,100円> | 区ア | 26 |
| | 区イ | 現役並みⅡ | 27 | | 現役並みⅡ | 167,400円+(総医療費-558,000円)×1% <93,000円> | 区イ | 27 |
| | 区ウ | 現役並みⅠ | 28 | | 現役並みⅠ | 80,100円+(総医療費-267,000円)×1% <44,400円> | 区ウ | 28 |
| | 区力 | 一般Ⅱ | 41 | 2割負担 | — | 18,000円 | 区力 | 41 |
| | 区キ | 一般Ⅰ | 42 | 1割負担 | — | 18,000円 | 区キ | 42 |
| | 区オ | 低所得者Ⅱ | 30 | 1割負担 | Ⅱ | 8,000円 | 区オ | 30 |
| | | 低所得者Ⅰ | | 1割負担 | Ⅰ | 8,000円 | | |

心身の状態欄

別表 7 及び別表 8 疾病等コード表

| コード | | 疾病、状態等 |
|-----|------|--|
| 001 | 別表 7 | 末期の悪性腫瘍 |
| 002 | | 多発性硬化症 |
| 003 | | 重症筋無力症 |
| 004 | | スモン |
| 005 | | 筋萎縮性側索硬化症 |
| 006 | | 脊髄小脳変性症 |
| 007 | | ハンチントン病 |
| 008 | | 進行性筋ジストロフィー症 |
| 009 | | パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。）） |
| 010 | | 多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群） |
| 011 | | プリオン病 |
| 012 | | 亜急性硬化性全脳炎 |
| 013 | | ライソゾーム病 |
| 014 | | 副腎白質ジストロフィー |
| 015 | | 脊髄性筋萎縮症 |
| 016 | | 球脊髄性筋萎縮症 |
| 017 | | 慢性炎症性脱髄性多発神経炎 |
| 018 | | 後天性免疫不全症候群 |
| 019 | | 頸髄損傷 |
| 020 | | 人工呼吸器を使用している状態の者 |
| 041 | 別表 8 | 在宅麻薬等注射指導管理を受けている状態にある者 |
| 042 | | 在宅腫瘍化学療法注射指導管理を受けている状態にある者 |
| 043 | | 在宅強心剤持続投与指導管理を受けている状態にある者 |
| 044 | | 在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者 |
| 045 | | 気管カニューレを使用している状態にある者 |
| 046 | | 留置カテーテルを使用している状態にある者 |
| 047 | | 在宅自己腹膜灌流指導管理を受けている状態にある者 |
| 048 | | 在宅血液透析指導管理を受けている状態にある者 |
| 049 | | 在宅酸素療法指導管理を受けている状態にある者 |
| 050 | | 在宅中心静脈栄養法指導管理を受けている状態にある者 |
| 051 | | 在宅成分栄養経管栄養法指導管理を受けている状態にある者 |
| 052 | | 在宅自己導尿指導管理を受けている状態にある者 |
| 053 | | 在宅人工呼吸指導管理を受けている状態にある者 |
| 054 | | 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理を受けている状態にある者 |
| 055 | | 在宅自己疼痛管理指導管理を受けている状態にある者 |
| 056 | | 在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にあるもの |
| 057 | | 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者 |
| 058 | | 真皮を越える褥瘡の状態にある者 |
| 059 | | 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者 |
| 091 | 他 | 超重症児 |
| 092 | | 準超重症児 |

VII. 資 料

国保・後期高齢者医療及び公費負担医療一覧表

| 法 制 区 分 | | | | 法制 番号 |
|--|--|----------------------------|-------------------------|----------|
| 1. 国民健康保険法 | | | | |
| (1) | 国民健康保険単独 | | | (25) |
| ※国保単独の番号（25）は、事務処理上国保連合会で便宜的に設定したものです。 | | | | |
| (2) | 国民健康保険法による退職者医療 | | | 67 |
| 2. 高齢者の医療の確保に関する法律による療養の給付 | | | | 39 |
| 3. 公費負担医療 | | | | |
| (1) | 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律 | 第37条の2 | 結核患者の適正医療 | 10 |
| (2) | 〃 | 第37条 | 結核患者の入院 | 11 |
| (3) | 戦傷病者特別援護法 | 第10条 | 療養の給付 | 13 |
| (4) | 〃 | 第20条 | 更生医療 | 14 |
| (5) | 障害者総合支援法 | 第5条 | 更生医療 | 15 |
| (6) | 〃 | 第5条 | 育成医療 | 16 |
| (7) | 児童福祉法 | 第20条 | 療育の給付 | 17 |
| (8) | 原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律 | 第10条 | 認定疾病医療 | 18 |
| (9) | 〃 | 第18条 | 一般疾病医療費 | 19 |
| (10) | 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律 | 第29条 | 措置入院 | 20 |
| (11) | 障害者総合支援法 | 第5条 | 精神通院医療 | 21 |
| (12) | 麻薬及び向精神薬取締法による入院措置 | 第58条の8 | | 22 |
| (13) | 母子保健法による養育医療 | 第20条 | | 23 |
| (14) | 障害者総合支援法 | 第70条及び 第71条 | 療養介護医療及び基 準該当療養介護医療 | 24 |
| (15) | 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律 | 第37条 | 一類感染症等 の患者の入院 | 28 |
| (16) | 〃 | 第37条 | 新感染症 の患者の入院 | 29 |
| (17) | 肝炎治療特別促進事業に係る医療の給付 | | | 38 |
| (18) | 市条例に基づく福祉医療 | | | 41 |
| (19) | 特定疾患治療費、先天性血液凝固因子障害等治療費、水俣病総合対策費の 国庫補助による療養費及び研究治療費、茨城県神栖町における有機ヒ素化 合物による環境汚染及び健康被害に係る緊急措置事業要綱による医療費及 びメチル水銀の健康影響による治療研究費 | | | 51 |
| (20) | 児童福祉法による小児慢性特定疾病医療支援 | 第19条の2 | | 52 |
| (21) | 児童福祉法の措置等に係る医療の給付 | | | 53 |
| (22) | 難病の患者に対する医療等に関する法律 | 第5条 | 特定医療 | 54 |
| (23) | 特定B型肝炎ウイルス感染症給付費等の支給に関する特別措置 法による定期検査費及び母子感染症防止医療費の支給 | 第12条第1項 及び 第13条第1項 | | 62 |
| (24) | 石綿による健康被害の救済に関する法律による医療費の支給 | 第4条 | | 66 |
| (25) | 児童福祉法 | 第21条の5の 29及び第24 条の20 | 肢体不自由児通所医療 及び障害児入所医療 | 79 |
| (26) | 重度心身障害者（児）医療費助成 | | | 81 |
| (27) | 子ども医療費助成 | | | 83 |
| (28) | ひとり親家庭等医療費等助成 | | | 85 |

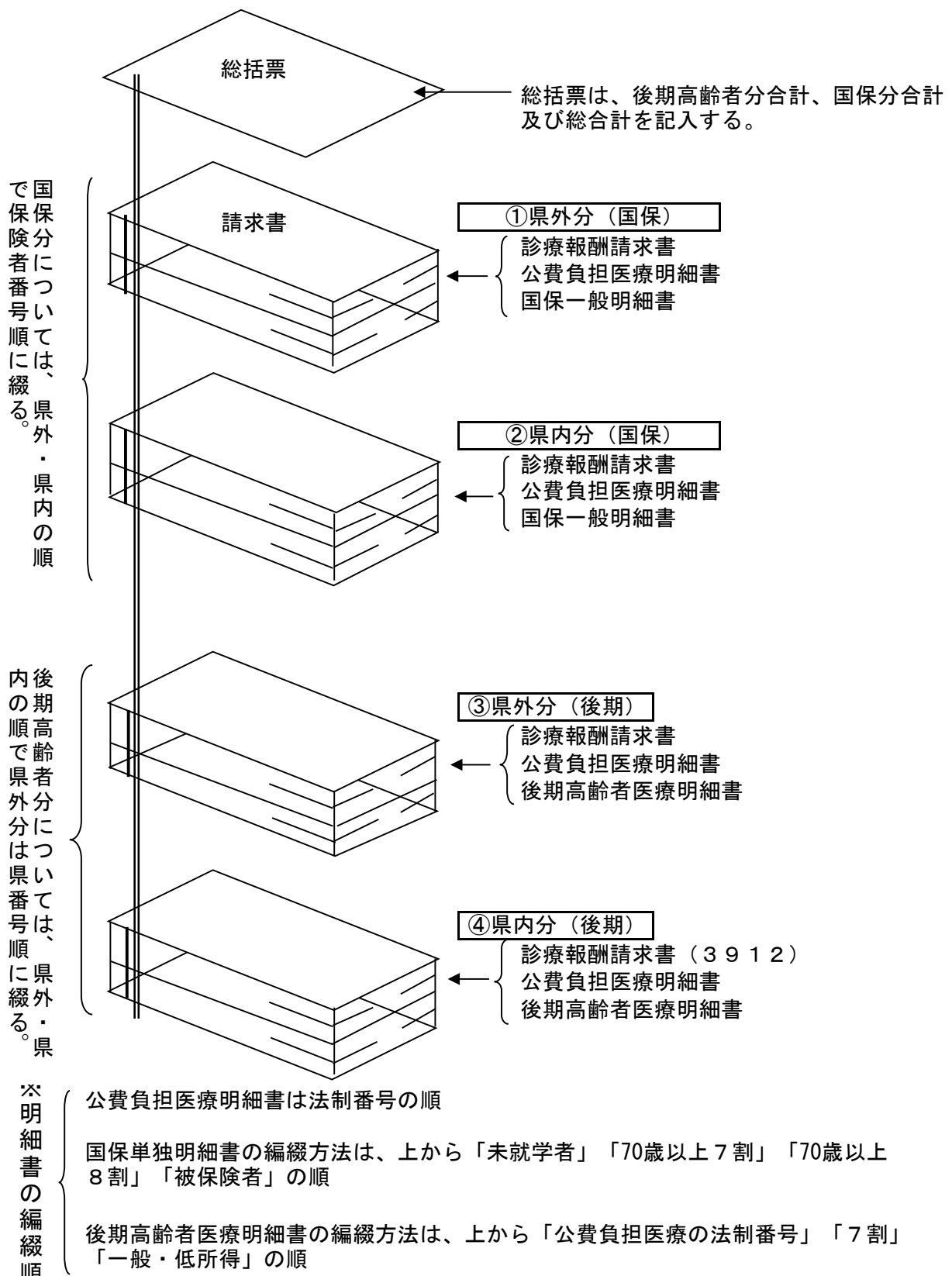
千葉県 国保保険者・後期高齢者医療番号一覧

| | 国民健康保険 | 後期高齢者医療 |
|------|-------------|----------|
| 千葉県 | | 39120001 |
| 千葉市 | 124008 (※1) | 39121009 |
| 中央区 | 124016 | 39121017 |
| 花見川区 | 124024 | 39121025 |
| 稲毛区 | 124032 | 39121033 |
| 若葉区 | 124040 | 39121041 |
| 緑区 | 124057 | 39121058 |
| 美浜区 | 124065 | 39121066 |
| 銚子市 | 120022 | 39122023 |
| 市川市 | 120030 | 39122031 |
| 船橋市 | 120048 | 39122049 |
| 館山市 | 120055 | 39122056 |
| 木更津市 | 120063 | 39122064 |
| 松戸市 | 120071 | 39122072 |
| 野田市 | 120089 | 39122080 |
| 茂原市 | 120105 | 39122106 |
| 成田市 | 120113 | 39122114 |
| 佐倉市 | 120121 | 39122122 |
| 東金市 | 120139 | 39122130 |
| 習志野市 | 120162 | 39122163 |
| 柏市 | 120170 | 39122171 |
| 勝浦市 | 120188 | 39122189 |
| 市原市 | 120196 | 39122197 |
| 流山市 | 120204 | 39122205 |
| 八千代市 | 120212 | 39122213 |
| 我孫子市 | 120220 | 39122221 |
| 鴨川市 | 120238 | 39122239 |
| 鎌ケ谷市 | 120246 | 39122247 |
| 君津市 | 120253 | 39122254 |
| 富津市 | 120261 | 39122262 |
| 旭市 | 120279 | 39122155 |
| いすみ市 | 120410 | 39122387 |
| 匝瑳市 | 120428 | 39122353 |
| 南房総市 | 120436 | 39122346 |
| 香取市 | 120444 | 39122361 |
| 山武市 | 120451 | 39122379 |

| | 国民健康保険 | 後期高齢者医療 |
|----------|--------|----------|
| 浦安市 | 120519 | 39122270 |
| 四街道市 | 120543 | 39122288 |
| 酒々井町 | 120550 | 39123229 |
| 八街市 | 120568 | 39122304 |
| 富里市 | 120576 | 39122338 |
| 白井市 | 120592 | 39122320 |
| 印西市 | 120600 | 39122312 |
| 栄町 | 120626 | 39123294 |
| 神崎町 | 120642 | 39123427 |
| 多古町 | 120691 | 39123476 |
| 東庄町 | 120717 | 39123492 |
| 大網白里市 | 120766 | 39122395 |
| 九十九里町 | 120774 | 39124037 |
| 芝山町 | 120832 | 39124094 |
| 一宮町 | 120840 | 39124219 |
| 睦沢町 | 120857 | 39124227 |
| 長生村 | 120865 | 39124235 |
| 白子町 | 120873 | 39124243 |
| 長柄町 | 120881 | 39124268 |
| 長南町 | 120899 | 39124276 |
| 大多喜町 | 120907 | 39124417 |
| 御宿町 | 120923 | 39124433 |
| 鋸南町 | 120972 | 39124631 |
| 袖ケ浦市 | 121046 | 39122296 |
| 横芝光町 | 121053 | 39124102 |
| 医師国保組合 | 123018 | |
| 歯科医師国保組合 | 123026 | |
| 薬剤師国保組合 | 123034 | |

※全区一括請求の場合に使用。

明細書の編綴方法



◎被災者分については、通常分とは別に編綴してください。

◎特別療養費については、通常分とは別に総括票を添付のうえ別に編綴してください。

令和 年 月分 訪問看護療養費請求書

資料4

保 險 者
(別 記) 殿

訪問看護ステーション
の 所 在 地 及 び 名 称
指定訪問看護事業者氏名
電 話 番 号

様
式
第
二

下記のとおり請求する。
令和 年 月 日

| 保 険 者 番 号 | | | | | 県番号 | | ステーションコード | | | | | | | |
|-----------|--|--|--|--|-----|---|-----------|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | 1 | 2 | | | | | | | | |

| 点数 表別 |
|----------|
| 6 |

| 法定外給付 | | |
|-------|---|----|
| 8 | 9 | 10 |

国民健康保険

| 訪 問 看 護 | | | | 件 数 | 日 数 | 金 額 | 負担金額 | 備 考 |
|----------------------------|--------|------------------------|------|-----|-----|-----|------|-----|
| 国 民 健 康 保 険 | 一 般 | 70歳以上 一般・低所得 8 割 | 請求 1 | | | | | |
| | | | ※決定 | | | | | |
| | | 70歳以上 7 割 | 請求 3 | | | | | |
| | | | ※決定 | | | | | |
| | | 被保険者 | 請求 5 | | | | | |
| | | | ※決定 | | | | | |
| | | 6 歳 | 請求 7 | | | | | |
| | | | ※決定 | | | | | |

| 区 分 | | | 件 数 | 日 数 | 金 額 | 負担金額 | 備 考 |
|----------------------------|--|------|-----|-----|-----|------|-----|
| 公 費 負 担 医 療 | | 請求 0 | | | | | |
| | | ※決定 | | | | | |
| | | 請求 1 | | | | | |
| | | ※決定 | | | | | |
| | | 請求 2 | | | | | |
| | | ※決定 | | | | | |
| | | 請求 3 | | | | | |
| | | ※決定 | | | | | |
| | | 請求 4 | | | | | |
| | | ※決定 | | | | | |
| | | 請求 5 | | | | | |
| | | ※決定 | | | | | |

| 区 分 | | 返 戻 | | | | 増 減 金 額 | | | |
|-----------------------|--|-----|-----|-----|------|---------|---|-----|------|
| | | 件 数 | 日 数 | 金 額 | 負担金額 | 増 | 減 | 金 額 | 負担金額 |
| ※ 審 査 状 況 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

※欄には記入しないで下さい。

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

令和 年 月分 訪問看護療養費請求書

保 険 者
各広域連合 殿

訪問看護ステーション
の 所 在 地 及 び 名 称
指定訪問看護事業者氏名
電 話 番 号

様
式
第
三

下記のとおり請求する。
令和 年 月 日

| | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|---|--|--|-----|---|-----------|--|--|--|--|--|--|--|----------|
| 後期高齢者医療広域連合 都道府県番号 | | | | 県番号 | | ステーションコード | | | | | | | | 点数 表別 |
| 3 | 9 | | | 1 | 2 | | | | | | | | | 6 |

後期高齢者医療

| 訪 問 看 護 | | | 件 数 | 日 数 | 金 額 | 負担金額 | 備 考 |
|------------------|----------------|-----|-----|-----|-----|------|-----|
| 後 期 高 齢 | 一般 ・ 低所得 | 請求 | | | | | |
| | | ※決定 | | | | | |
| | 七 割 | 請求 | | | | | |
| | | ※決定 | | | | | |

公費負担医療

| 区 分 | | | 件 数 | 日 数 | 金 額 | 負担金額 | 備 考 |
|----------------------------|--|------|-----|-----|-----|------|-----|
| 公 費 負 担 医 療 | | 請求 0 | | | | | |
| | | ※決定 | | | | | |
| | | 請求 0 | | | | | |
| | | ※決定 | | | | | |
| | | 請求 0 | | | | | |
| | | ※決定 | | | | | |
| | | 請求 0 | | | | | |
| | | ※決定 | | | | | |

| 区 分 | | 返 戻 | | | | 増 減 金 額 | | | |
|-----------------------|--|-----|-----|-----|------|---------|---|-----|------|
| | | 件 数 | 日 数 | 金 額 | 負担金額 | 増 | 減 | 金 額 | 負担金額 |
| ※ 審 査 状 況 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

※欄には記入しないで下さい。

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

様式第1号の4

ステーション
コード

訪問看護療養費総括票

所在地
名称
電話番号

年 月分

| 区 分 | | 総 件 数 | 総 金 額 | 基本利用料 |
|--------|---------|-------|-------|-------|
| 請 求 | 後期高齢者医療 | | | |
| | 国 保 | | | |
| | 合 計 | | | |

| | | | |
|-------|---|---|---|
| ※ 受付印 | | | |
| 持 | 普 | 速 | 書 |
| | | | |

| 区 分 | | 総 件 数 | 総 金 額 | 基本利用料 |
|-----------------------|-----|-------|-------|-------|
| ※ 審 査 状 況 | 返 戻 | | | |
| | 増 点 | | | |
| | 減 点 | | | |
| | 誤 算 | | | |
| ※ 決 定 | | | | |

※欄には記入しないで下さい。

| 年月 | 保険者番号等 | 氏名・カルテ番号等 | 生年月日 | 処理区分 | 請求内容 | 資格確認結果内容 |
|----|--------|-----------|------|------|------|----------|
| | | | | | | |

診療（調剤）報酬等明細書の取り下げ依頼書

千葉県国民健康保険団体連合会 様

請求者

医療機関コード

年 月 日

保険医療機関の
所在地及び名称
開設者氏名
電話番号

年 月提出の下記診療（調剤）報酬等明細書の取り下げを依頼します。

記

| | | | |
|-------------------|-------|---------|--|
| 診療年月 (和暦) | 年 月 | 区 分 | 1 医科 3 歯科 4 調剤 6 訪問看護 |
| 保険者番号 | | 保険種別 1 | 1 国保 2 公費 3 後期 |
| 被保険者の 記号及び番号 | | 保険種別 2 | 単独 2 併 3 併 |
| 被保険者氏名 | | 本人・家族 | 1 本入 5 家入 9 高入7 2 本外 6 家外 0 高外7 3 六入 7 高入一 4 六外 8 高外一 |
| 性 別 | 男 ・ 女 | 入 ・ 外 別 | 入 院 ・ 入院外 |
| 生 年 月 日 (和 暦) | 年 月 日 | 請 求 点 数 | |
| 取 り 下 げ 理 由 | | | |

※ 診療科を記録して提出された場合は、御記入ください。

診療科

※ 公費併用の明細書は、公費負担者番号及び受給者番号を御記入ください。

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| 公費負担者番号① | | | | | | | | | 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 | | | | | | | |

※ この欄は、連合会及び保険者使用欄ですので、記入しないでください。

| | | | |
|-----|-------|-----|--|
| 返却日 | 年 月 日 | 扱者印 | |
|-----|-------|-----|--|

過誤・再審査結果通知書

| |
|--------|
| 医療機関番号 |
|--------|

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。

殿

令和 年

千葉県国民健康保険団体連合会

月 日作成 / 頁

[illegible]

| 箇 所 | | の 記 号 | | 増 減 点 事 由 | | 通 信 欄 |
|----------------|---------------------|-------|---------|-----------|------------------------------------|-------|
| 医 科 | 歯 科 | 柔 整 | | | | |
| 10 診察 11～14 | 10 診察 11～14 | 10 | 初検 | A | 療養担当規則等に照らし、医学的に保険診療上適応とならないもの | |
| 20 投薬 21～28 | 20 投薬・注射 21～27 | 20 | 往療 | B | 療養担当規則等に照らし、医学的に保険診療上過剰・重複となるもの | |
| 30 注射 31～33・39 | 30 注射・X線検査 31～33・39 | 30 | 整復 | C | 療養担当規則等に照らし、A・B以外で医学的に保険診療上適当でないもの | |
| 40 処置 | 40 処置41～44 | 40 | 固定 | D | 告示・通知の算定要件に合致していないと認められるもの | |
| 50 手術・麻酔 54 | 50 手術・麻酔 54 | 50 | 施療 | F | 固定点数(施術料)が誤っているもの | |
| 60 検査・病理 | 58 修復 | 61～64 | 60 金属副子 | G | 請求点数等の集計が誤っているもの | |
| 70 画像診断 | 59 補綴 | | 70 後療 | H | 縦計算が誤っているもの | |
| 80 その他 | 60 検査・病理 | 80 | 電法 | K | その他 | |
| 90 入院 92 | 70 画像診断 | 90 | その他 | | | |
| 93 診断群分類 | 80 その他 | | | | | |
| 97 食事 | 90 入院 92 | | | | | |
| | 97 食事 | | | | | |

令和 年 月請求分(月診療分) 過誤・再審査結果通知書

医療機関番号

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。

御中

千葉県国民健康保険団体連合会
令和 年 月 日作成 / 頁

| 保険者番号 保険者名 | 科別 | 本・家 入・外 | 法 別 | | | 被保険者番号 被保険者氏名 | 箇所 | 事由 | 増 減 | | 一部負担金 | | 返 戻 | | 摘 要 | 診療 | | 備 考 |
|---------------|-------|-------------|------|-------|-------------|------------------|------|-----------|------------------------------------|-------|-------|----|-----|-------|-----|----|---|-----|
| | | | ① | ② | ③ | | | | 増点/増額 | 減点/減額 | 増額 | 減額 | 日数 | 点数/金額 | | 年 | 月 | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 箇所の記号 | | | | | | | | 増 減 点 事 由 | | | | | | 通 信 欄 | | | | |
| 医科/歯科入院 | | | 歯科外来 | | | 柔整 | | | | | | | | | | | | |
| 10 | 診察 | 11・12・13・14 | 10 | 診察 | 11・12・13 | 10 | 初検 | A | 療養担当規則等に照らし、医学的に保険診療上適応とならないもの | | | | | | | | | |
| 20 | 投薬 | 21～28 | 21 | 投薬・注射 | | 20 | 往療 | B | 療養担当規則等に照らし、医学的に保険診療上過剰・重複となるもの | | | | | | | | | |
| 30 | 注射 | 31・32・33・39 | 31 | X線検査 | | 30 | 整復 | C | 療養担当規則等に照らし、A・B以外で医学的に保険診療上適当でないもの | | | | | | | | | |
| 40 | 処置 | | 40 | 処置・手術 | 41～44 | 40 | 固定 | | | | | | | | | | | |
| 50 | 手術・麻酔 | 54 | 54 | 麻酔 | | 50 | 施療 | D | 告示・通知の算定要件に合致していないと認められるもの | | | | | | | | | |
| 60 | 検査・病理 | | 58 | 修復 | 61・62・63・64 | 60 | 金属副子 | F | 固定点数(施術料)が誤っているもの | | | | | | | | | |
| 70 | 画像診断 | | 59 | 補綴 | | 70 | 後療 | G | 請求点数等の集計が誤っているもの | | | | | | | | | |
| 80 | その他 | | 80 | その他 | | 80 | 電法 | H | 縦計算が誤っているもの | | | | | | | | | |
| 90 | 入院 | 92 | | | | 90 | その他 | K | その他 | | | | | | | | | |
| 93 | 診断群分類 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 97 | 食事・生活 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

$$(12- \quad - \quad)$$

保險医療機関等過誤精算書

様

令和 年 月審査調整

千葉県国民健康保険団体連合会

| 医療 種別 | 診療 年月 | 保険者名 (市町村名) | 被保険者名 (受給者名) | 給付 割合 | 審査 結果 | 事由 | 入 外 別 | 件 数 (件) | 日数(回数) (日・回) | 過誤点数 (点) | 結精負担点数 (点) | 一部負担金 (円) | 過 誤 額 (円) | 備 考 |
|----------|----------|----------------|-----------------|----------|----------|----|-------------|------------|-----------------|-------------|---------------|--------------|--------------|-----|
| | | | | | | | | | | | | 調 整 額 | | |
| | | | | | | | | | | | | 未 調 整 額 | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| 合 計 | | | | | | | | () | | | | | | |

| | | | |
|---------|--|--|--|
| 調 整 額 | | | |
| 未 調 整 額 | | | |

(1)

診療（調剤）報酬等振込通知書の見方

- 右記、例 ◆年4月審査分とは、通常3月診療で、4月10日までに提出された分です。
- 【医療種別】欄について
振込通知書の裏面を御参照ください。県外の表示は、保険者が県外（東京都・埼玉県等）分です。
国保一般＝25 退職者医療＝67 後期高齢者医療＝39 高額療養費＝61
上記以外は、公費負担医療です。
- 【給付割合】欄について
振込通知書の裏面を御参照ください。 ＊食事・生活療養の給付割合は空白です。
- 【特 殊】欄について
振込通知書の裏面を御参照ください。
- 【件数・日数（回数）】欄について 〔単位 件・日（回）〕
上段は件数、下段は日数（調剤報酬については受付回数）の決定を表示します。
- 【控除点数・点数（費用額）】欄について 〔単位 点・点（円）〕
上段・控除点数は、感染症予防医療「10」及び障害者総合支援法第5条（精神通院医療）「21」等の控除点数が発生する場合に表示し、下段・点数は、療養の給付で決定した点数、費用額は食事・生活療養で決定された基準額をそれぞれ表示します。
＊公費の食事・生活療養及び公費＋老人は空白です。（件数、日数（回数）、金額のみ表示）
- 【薬剤一部負担金・一部負担金】欄について 〔単位 円・円〕
上段は薬剤一部負担金（平成16年4月1日廃止）、下段は一部負担金の決定を表示します。
一部負担金欄は、明細書に記載されている額の決定又は、老人保健と併用の場合の公費負担額です。
また、食事・生活療養の場合は、標準負担額の決定を表示します。
- 【過誤調整額】欄について 〔単位 円〕
過去に決定・支払済みの明細書について、過誤等が生じたため、今回決定・支払分から相殺しています。内訳については、別添「保険医療機関等過誤精算書」のとおりです。
- 【端数整理額】欄について 〔単位 円〕
1円未満の端数を整理します。
- 【金 額】欄について 〔単位 円〕
金額の算出方法は、（決定点数－控除点数）×給付割合（±）一部負担金で、保険による支払金額です。 ※各段の金額計から、小計の【過誤調整額】と【端数整理額】を差し引いた額が、医療種別（法制番号）毎の支払確定額となります。
- 【合 計】欄について
＊

| | | |
|--------|---------|---------|
| 件数 | 控除点数 | 薬剤一部負担金 |
| 日数(回数) | 点数(費用額) | 一部負担金 |

 医療種別「25」「67」「39」の小計を積み上げた合計です。（食事・生活療養は除く）
＊金額 食事・生活療養・公費の支払分を含み、法別毎小計【金額】欄の積み上げです。
＊食事・生活療養の決定がある医療機関は再掲で表示します。←
- 【支払確定額】欄について 〔単位 円〕
小計の【金額】欄が、医療種別（法制番号）毎の支払確定額となり、それを積み上げた金額を表示し、銀行振込の額となります。
- 【振込金融機関名】
保険医療機関等より指定された金融機関名を表示します。
- 【その他】
＊この振込通知書は、所得稅申告の際に必要となりますので、大切に保管してください。
＊年間支払総額（1月診療～12月診療分）は、翌年の1月審査分の振込通知書の左下欄外に記載してお知らせいたします。
＊支払日について、電子請求の届出をされた保険医療機関等は原則請求月の翌月20日、その他の保険医療機関等は原則25日となり、左下欄外に表示されます。

| 点数表 | 振込説明文 |
|-------|---------|
| 医科(1) | 診療報酬 |
| 歯科(3) | 診療報酬 |
| 調剤(4) | 調剤報酬 |
| 訪問(6) | 訪問看護療養費 |

| コード名称 | 点数表 |
|-----------|-----|
| 医療機関コード | 1 |
| 医療機関コード | 3 |
| 薬局コード | 4 |
| ステーションコード | 6 |

| 診療（調剤）報酬等振込通知書 | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|--------------------|----------|--------|------------|---------|---|---------|-------|--------|------------|---------|
| ◆年4月審査分 | | | | | | | | | | | |
| 医療種別 (法別番号) | 入院 入院外 食事・生活 | 給付 割合 | 特 殊 | 件数 | 控 除 点 数 | | 薬剤一部負担金 | | 過誤調整額 | 端 数 整理額 | 金 額 |
| | | | | 日数 (回数) | 点数(費用額) | 点 | 一部負担金 | 円 | | | |
| 2 1 | 入院外 | 6 | | 1 2 | 501 | | 501 | | | | 1,002 |
| 小 計 | | | | | | | | | | | 1,002 |
| 2 5 | 入院 | 3 | | 1 31 | 35,000 | | | | | | 315,000 |
| 2 5 | 食事 | | | 2 10 | 38,000 | | 15,200 | | | | 22,800 |
| 2 5 | 入院外 | 7 | | 10 20 | 17,000 | | | | | | 119,000 |
| 小 計 | | | | 11 51 | 52,000 | | | | -4,800 | | 452,000 |
| 5 1 | 入院外 | 6 | | 1 1 | 300 | | | | | | 900 |
| 小 計 | | | | | | | | | | | 900 |
| 6 7 | 入院 | 7 | | 1 5 | 5,000 | | | | | | 35,000 |
| 6 7 | 食事 | | | 1 5 | 9,500 | | 3,800 | | | | 5,700 |
| 小 計 | | | | 1 5 | 5,000 | | | | -200 | | 40,500 |
| 8 3 | 入院外 | 8 | | 1 1 | 662 | | 200 | | | | 1,124 |
| 小 計 | | | | | | | | | | | 1,124 |
| 国保老人 | | | | 12 56 | 57,000 | | | | -5,000 | | 495,526 |
| 3 9 後期 | 入院外 | 3 | | 1 1 | 432 | | | | | | 3,888 |
| 3 9 後期 | 入院外 | 7 | | 4 11 | 4,235 | | | | | | 29,645 |
| 小 計 | | | | 5 12 | 4,667 | | | | | | 33,533 |
| 後期高齢 | | | | 5 12 | 4,667 | | | | | | 33,533 |
| 食事・生活計 金額再掲 | | | | 3 15 | 47,500 | | 19,000 | | | | 28,500 |
| 合 計 | | | | 18 68 | 104,500 | | | | -5,000 | | 529,059 |
| 医療機関コード | | | | 銀行・金庫名 | | | | 支 店 名 | | 支払確定額 | |
| (1 2 - 1 - 1 2 3 4 5 6 7) | | | | 振込金融機関名 | | | | イナゲ | | 529,059 | |

上記のとおり診療報酬を振込みますのでご通知します。

千葉県国民健康保険団体連合会

(裏)

2. 給付割合欄

| コード | 説 明 | コード | 説 明 |
|-----|------------------|-----|------------------|
| 0 | 1 0 割給付 | 5 | 公費 5 割給付 |
| 2 | 乳児 1 0 割給付 | 6 | 公費 3 割給付 |
| 3 | 9 割給付 (公費 1 割給付) | 7 | 7 割給付 |
| 4 | 高額療養費 | 8 | 8 割給付 (公費 2 割給付) |

3. 特殊欄

| コード | 説 明 |
|-----|------------------|
| 1 | 結精負担残 1 0 割 |
| 7 | 高額療養費負担限度額 (改正前) |
| 9 | 金額の特殊計算 |

4. 合計欄の件数、日数、点数は 2 5、2 7、3 9、6 7 の合計です。

また、医療種別欄の小計は、過誤調整額があった場合その金額を控除した額が金額となります。

5. 過誤調整額の内訳は、別添過誤精算書のとおりです。

診療(調剤)報酬等振込通知書コードの説明

1. 医療種別(法制番号)欄

| コード | 説 明 |
|-----|----------------------------|
| 1 0 | 感染症予防・医療法(第37条の2)結核患者の適正医療 |
| 1 1 | 感染症予防・医療法(第37条)結核患者の入院 |
| 1 3 | 戦傷病者特別援護法(第10条)療養の給付 |
| 1 4 | 戦傷病者特別援護法(第20条)更生医療 |
| 1 5 | 障害者総合支援法(第5条)更生医療 |
| 1 6 | 障害者総合支援法(第5条)育成医療 |
| 1 7 | 児童福祉法(第20条)療育の給付 |
| 1 8 | 原爆被爆者援護法(第10条)認定疾病医療 |
| 1 9 | 原爆被爆者援護法(第18条)一般疾病医療費 |
| 2 0 | 精神保健・精神障害者福祉法(第29条)措置入院 |
| 2 1 | 障害者総合支援法(第5条)精神通院医療 |
| 2 2 | 麻薬及び向精神薬取締法(第58条の8)入院措置 |
| 2 3 | 母子保健法(第20条)養育医療 |
| 2 4 | 障害者総合支援法(第70条・第71条)療養介護医療 |
| 2 5 | 国民健康保険法 |
| 2 8 | 感染症予防・医療法(第37条)一類感染症等患者の入院 |
| 2 9 | 感染症予防・医療法(第37条)新感染症患者の入院 |
| 3 8 | 肝炎治療特別促進事業に係る医療の給付 |
| 3 9 | 後期高齢者医療 |
| 4 1 | 福祉医療(老)(老人の年齢引き下げ分) |
| 5 1 | 特定疾患治療費等 |
| 5 2 | 児童福祉法(第19条の2)小児慢性特定疾病医療支援 |
| 5 3 | 児童福祉法の措置等に係る医療の給付 |
| 5 4 | 難病法(第5条)特定医療 |
| 6 1 | 高額療養費 |
| 6 2 | 特定B型肝炎ウイルス感染者給付金等 |
| 6 6 | 石綿医療(第4条) |
| 6 7 | 退職者医療(本人・被扶養者) |
| 7 9 | 児童福祉法による肢体不自由児通所医療等 |
| 8 1 | 重度心身障害者(児)医療 |
| 8 3 | 子ども医療 |
| 8 5 | ひとり親家庭等医療 |
| 9 9 | 指定公費負担医療 |
| 県外 | 全国決済分 |

電子情報処理組織の使用による費用の請求に関する届出

電子計算機を使用してこども家庭庁長官及び厚生労働大臣の定める方式に従って電子情報処理組織の使用による費用の請求を（ 開始 ・ 変更 ）することに関し、届け出ます。

なお、オンライン請求システムに係る安全対策の規定（セキュリティー・ポリシー）を策定した上で、審査支払機関のオンライン請求システム利用規約に同意します。

令和 年 月 日

住所

（ 審査支払機関名 ） 御 中 開設者／代表者

氏名

| | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------|--------------------|--|--|--|--|--|---|-------------------|--|---|------|--|
| 医療機関（薬局・指定訪問看護ステーション）コード | | | | | | | 点数表区分 | 医科・DPC・歯科・調剤・訪問看護 | | | | |
| 保険医療機関（薬局・訪問看護ステーション）名 | | | | | | | 電話番号 | | | | | |
| 保険医療機関（薬局・訪問看護ステーション）所在地 | | | | | | | 郵便番号 | | | — | | |
| レセコンのプログラム名称 | | | | | | | 請求開始・変更年月 | 令和 年 月 請求分 | | | | |
| レセコンのソフトメーカー名（プログラムの作成者の氏名） | | | | | | | パソコンの基本ソフト（OS）・ブラウザ | | | | | |
| 電気通信回線 | IP-VPN接続（IPv4） | | | | | | IP-VPN接続（IPv6）（お客様ID： <input type="checkbox"/> オンライン資格確認と同一回線 <input type="checkbox"/> オンライン資格確認と異なる回線 | | | | ※受付印 | |
| | ISDNダイヤルアップ接続（ — ） | | | | | | インターネット接続（IPsec+IKE提供事業者名（ ）） | | | | | |
| 備考 | | | | | | | | | | | | |

作成要領

- この様式は、保険医療機関等又は指定訪問看護事業者が電子情報処理組織の使用による費用の請求を開始又は使用しているプログラム等を変更する場合、審査支払機関に医科、DPC、歯科、調剤及び訪問看護別に作成し提出する。
 - 電子情報処理組織の使用による費用の請求を開始又は変更しようとするとき、その別を○で囲む。
 - 「点数表区分」欄には、医科、DPC、歯科、調剤及び訪問看護の別を○で囲む。
 - 「医療機関（薬局・指定訪問看護ステーション）コード」、「保険医療機関（薬局・訪問看護ステーション）名」、「電話番号」、「保険医療機関（薬局・訪問看護ステーション）所在地」及び「郵便番号」欄には、保険医療機関・保険薬局又は指定訪問看護事業者の指定申請書で届け出た記載内容を記入する。
 - 「レセコンのプログラム名称」欄には、レセコンのソフトの名称及びシリーズ名を記入する。
 - 「レセコンのソフトメーカー名」欄には、レセコンのソフトメーカー名又はプログラムの作成者の氏名を記入する。
 - 「請求開始・変更年月」欄には、電子情報処理組織の使用による費用の請求を開始又は変更しようとするときに、当該診療（調剤）報酬又は訪問看護療養費の請求年月を記入する。
 - 「パソコンの基本ソフト（OS）・ブラウザ」欄には、オンライン請求システムの送信機器の基本ソフト名及びブラウザ名を記入する。
- ≪記載例≫
- OS：ウィンドウズ 11 ブラウザ：Microsoft Edge
- 「電気通信回線」欄には、電気通信回線への接続方法がIP-VPN接続（IPv4）、IP-VPN接続（IPv6）、ダイヤルアップ接続（訪問看護は対象外）または、インターネット接続（IPsec+IKE）の別を○で囲む。
- なお、ダイヤルアップ接続（ISDN）の場合は、専用電話番号、インターネット接続（IPsec+IKE）の場合は、提供事業者名を記入する。また、IP-VPN接続（IPv6）の場合は、オンライン資格確認と同一回線または、異なる回線の□にチェック「✓」し、「CAF」又は「COP」から始まる「お客さまID」（11～13桁の英数字）を記入する。- 本届出をオンライン申請する場合は、前項までに準じるものとする