

国民健康保険診療(調剤)報酬請求事務の手引

令和7年12月版

千葉県国民健康保険団体連合会

目 次

I. 国民健康保険診療(調剤)報酬の請求について

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	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	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	2
5.	請求先と提出期限について	3
6.	必要書類について	4

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	5
2.	オンライン請求の流れ	5
3.	受付事務点検・電子点数表チェック	5
4.	オンライン請求開始まで	5
5.	オンラインによる請求期間及び利用期間	6
6.	請求確定時における注意事項	7
7.	返戻分の再請求について	7
8.	必要書類等	8
9.	その他の留意事項	8

III. 光ディスク等を用いた費用の請求について

1.	はじめに	9
2.	提出日等	9
3.	必要書類等	9
4.	その他の留意事項	10
5.	ラベルの貼付方法	11

IV. 書面レセプトによる請求について

1.	はじめに	12
2.	診療(調剤)報酬明細書	12
3.	診療(調剤)報酬請求書	13
4.	必要書類等	13
5.	特別療養費に係る診療(調剤)報酬明細書の提出方法等について	13
6.	被災に係る診療(調剤)報酬明細書の提出方法について	14
7.	その他の留意事項	14

V. 審査後の処理と支払いについて

1.	明細書の審査	15
2.	明細書の返戻	15
3.	増減点連絡書、増減点・返戻通知書	15

4.	突合点検結果連絡書	16
5.	資格確認結果連絡書	16
6.	診療（調剤）報酬等明細書の取り下げ	16
7.	再審査の請求方法	17
8.	過誤調整について	17
9.	診療（調剤）報酬の支払期日	18
10.	その他の留意事項	18

VI. 資料

1	国保・後期高齢者医療及び公費負担医療一覧表	22
2	後期高齢者医療制度 保険者番号一覧（千葉県）	23
3-1	国民健康保険等診療報酬総括票（医・歯）	24
3-2	国民健康保険等調剤報酬総括票	25
4	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	26
5	光ディスク等を用いた請求に係る猶予届出書兼オンライン請求への移行計画書	27 ～28
6	光ディスク等送付書	29
7-1	国民健康保険診療報酬請求書（入院）	30～31
7-2	国民健康保険診療報酬請求書（入院外）	32～33
7-3	国民健康保険調剤報酬請求書	34～35
7-4	後期高齢者医療診療報酬請求書（入院）	36～37
7-5	後期高齢者医療診療報酬請求書（入院外）	38～39
7-6	後期高齢者医療調剤報酬請求書	40～41
8	明細書等の編綴方法	42
9-1	増減点連絡書（レセプト電算処理用）	43
9-2	増減点・返戻通知書（紙請求用）（国保）	44
9-3	増減点・返戻通知書（紙請求用）（後期）	45
10-1	突合点検結果連絡書（医科）	46
10-2	突合点検結果連絡書（調剤）	47
10-3	資格確認結果連絡書	48
11	診療（調剤）報酬等明細書の取り下げ依頼書	49
12	再審査請求書	50
13-1	過誤・再審査結果通知書（国保）	51
13-2	過誤・再審査結果通知書（後期）	52
14	保険医療機関等過誤精算書	53
15	診療（調剤）報酬等振込通知書の見方	54～57
16	千葉県国民健康保険団体連合会事務局組織表	58

I. 国民健康保険診療（調剤）報酬の請求について

1. 国保連合会で取扱う範囲

県内の保険医療機関等で受診された国保保険者（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診療（調剤）報酬請求書（以下「請求書」という。）、診療（調剤）報酬明細書（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 後期高齢者医療制度 保険者番号一覧（千葉県）

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」⇒「くらし・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、国保保険者分のみを本会で取り扱っています。

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/iryuu/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に、国保・後期保険者分は本会に提出してください。

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

5. 請求先と提出期限について

明細書・請求書及び添付資料等は、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（書留郵便等）での送付をお願いします。

なお、介護保険、特定健康診査、特定保健指導における請求データ及び出産育児一時金請求書の提出につきましては、混在を防ぐため、可能な限り案件ごとに封筒を分けてご提出ください。

また、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、**担当係**（資料 16 の事務局組織表を参照。）及び **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。

《封筒 記載例》

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。

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。

担当係の記載にご協力ください。

切手

2 6 3 - 8 5 6 6

千葉県国民健康保険団体連合会
○○課 ○○係

千葉県稲毛区天台 六・四・三

差出元住所
名称 (機関名・機関コード番号)

表

裏

【記載例】

- ・電子媒体 (CD・MO・FD) 在中 ・障害者総合支援 在中
- ・レセプト 在中
- ・出産育児一時金請求書 在中
- ・取り下げ依頼書 在中
- ・再審査請求書 在中
- ・介護保険 在中
- ・特定健診 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1F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。

6. 必要書類について

(1) 提出書類

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。

オンライン請求の場合・・・・・・・・・・	8ページ
光ディスク等による請求の場合・・・・・・	9ページ
書面レセプトによる請求の場合・・・・・・	13ページ

(2) 症状詳記

請求点数が8万点（80万円）以上のレセプトについては、症状詳記の添付をお願いします。

なお、医科35万点以上、歯科20万点以上の明細書については、症状詳記並びに記載要領に基づく日計表を添付してください。

また、100万点以上である場合は、記載要領に基づき薬剤及び処置に係る症状詳記について担当医が別に記載したものを添付してください。

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

「療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令」により、診療報酬の請求は、令和6年4月1日以降、「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。）」により行うものとされました。

オンライン請求を行うためのシステムは、保険医療機関等と審査支払機関を全国規模のネットワーク回線で結び、レセプト電算処理システムにおける診療報酬等の請求データ（レセプトデータ）をオンラインで受け渡す仕組みを整備したシステムで平成19年4月から稼働しています。

このオンライン請求システムのネットワーク、オンライン専用の認証局及び基本的なソフトウェアの構築については、社会保険診療報酬支払基金と国保中央会が共同で基盤整備を行っています。

システム構築に当たっての条件として、平成18年4月の厚生労働省からの通知（保発第0410006号）により、通信回線については、ISDN回線を利用したダイヤルアップ接続、閉域IP網を利用したIP-VPN接続によるもの又は、IPsecとIKEを組み合わせた接続によるものとされています。

なお、厚生労働省からの通知（保総発第0410002号）により、電子証明書による相手認証及びデータの暗号化対策、ID・パスワードによる厳格なユーザー管理を行うなどセキュリティ対策を十分講じることとされています。

2. オンライン請求の流れ

保険医療機関等では、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、保険医療機関等から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となります。

保険医療機関等へは、本会のシステムで編集した返戻レセプトデータ及び再審査等返戻レセプトデータ並びに増減点連絡書データ、返戻内訳書データ、資格確認結果連絡書、振込額データをWebサーバを介して提供します。

3. 受付事務点検・電子点数表チェック

受付事務点検とは、保険医療機関等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。

電子点数表チェックとは、診療行為間の包括関係の有無、併算定の可否等について確認することもできます。

これにより、医療機関等においては請求前に誤りを修正することが可能となります。

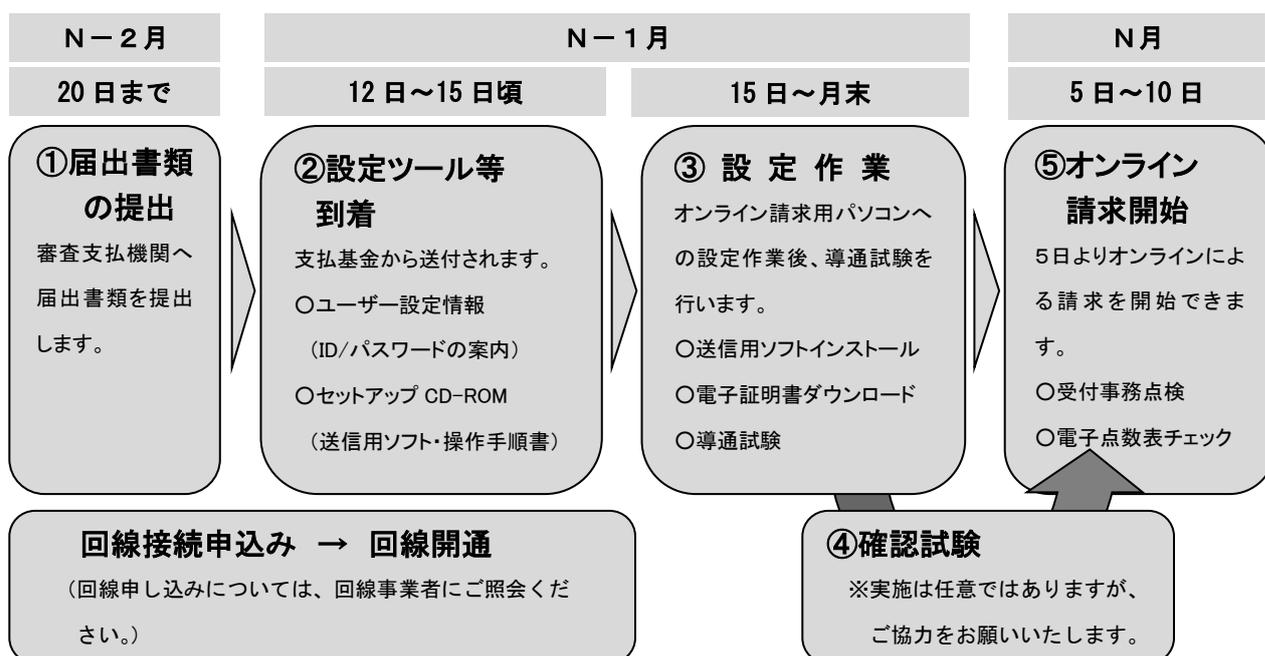
4. オンライン請求開始まで

- ・保険医療機関等は、オンライン請求へ参加する際、「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」(資料4)を審査支払機関へ提出してください。本会ホームページ(「医療機関の皆様へ」⇒「各種届出について」)より、ダウンロードが可能です。

- ・毎月20日までに届出等を提出していただくと、社会保険診療報酬支払基金からオンライン請求を行うための設定ツール等が翌月に送付されますので、設定作業及び電子証明書のダウンロードを行っていただくことになります。
- ・設定作業が終了後、ネットワークに繋がるか導通試験を行い、オンライン請求が開始できます。
- ・確認試験は導通試験後、自由に実施することができます。

※「医療機関等向け総合ポータルサイト」(<https://iryohokenjyoho.service-now.com/csm>)から申請することもできます。(この方法による場合、上記書面の提出は不要です。)



5. オンラインによる請求期間及び利用期間

- ・診療報酬等の請求及び受付事務点検・電子点数表チェック

5日~7日 8:00-21:00

8日~10日 8:00-24:00

- ・受付事務点検・電子点数表チェック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

- ・再審査請求、取下げ依頼

5日~月末 8:00-21:00 (8日~10日は24:00まで)

- ・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。
取消を行わない場合、自動確定の対象となります。
- ・ 請求を確定したレセプトデータについては、保険医療機関等、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となります。
- ・ 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

オンライン請求医療機関等が行う返戻再請求について、返戻レセプトのCSVデータをダウンロードし、オンラインにて再請求をお願いします。

※返戻レセプトデータにはダウンロード可能期間があります。

以下の公開期間を過ぎますとダウンロードすることができなくなりますので、ご注意ください。

【ダウンロード可能期間】

- ・ 返戻レセプトデータ (CSV)
請求した翌月5日から3か月 (※1)
- ・ 再審査等返戻レセプトデータ (CSV)
連合会処理月翌月の概ね6日前後 (※2) から3か月 (※1)

※1 公開月を含めた月数です。

(例：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。)

※2 再審査等返戻レセプトデータの具体的な公開日はオンライン請求システムのお知らせ欄に年間スケジュールを掲載していますので、ご確認ください。

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 (19ページ) 参照

8. 必要書類等

- (1) 症状詳記、治験概要、リハビリ計画書等は、請求データ内に記録してください。
なお、請求データ内に記録することができない資料を紙により提出する場合は、当該レセプトを特定できるように、患者氏名、診療月、本人・家族区分、入院・入院外別、保険者番号、記号番号、請求点数、診療科を記載してください。
- (2) 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。

9. その他の留意事項

- (1) オンライン請求システムにおける帳票のダウンロード方法は「オンライン請求システムにおける帳票のダウンロード手順」(20ページ)をご参照ください。
- (2) 医療機関(薬局)コード、OS、電気通信回線等に変更が生じた場合は、20日までに届出書(資料4)の提出が必要です。

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. 光ディスク等を用いた費用の請求について

1. はじめに

「療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令」により、令和6年4月1日以降は新たに光ディスク等を用いた請求を開始することはできません。

令和6年3月まで光ディスク等を用いて請求を行ってきた保険医療機関・薬局については、令和6年9月末までに原則としてオンライン請求を行うことができるよう体制整備を進めていただく必要があり、同年8月31日までに審査支払機関に「光ディスク等を用いた請求に係る猶予届出書兼オンライン請求への移行計画書」（資料5）の提出した医療機関のみ光ディスク等での請求の継続が認められています。

なお、保険医療機関・薬局は、移行計画書を定める必要があり、そこに記載した期間に限り、光ディスク等を用いた請求を継続することができますが、当該届出書は1年更新制であり、計画期間が経過する時点において継続する事情がある場合には、改めて届出書及び移行計画書を提出する必要があります。

また、光ディスク等を用いて請求を行っている保険医療機関・薬局についての取扱いは、以下のとおりです。

2. 提出日等

診療月の翌月10日までに本会に提出してください。

電子媒体（FD・CD-R・MO）に請求データが正しく記録されているか確認し、破損や汚損による媒体不良を防ぐため、**必ず保護ケースに入れて**提出してください。

なお、電子媒体への請求データの書き込みに当たっては、請求データのファイル名や拡張子を記録条件仕様に定められている所定の名称及び形式から改変しないこと、又、請求データをフォルダに格納したりせず、直接電子媒体内に書き込むようご注意ください。

3. 必要書類等

(1) レセプトデータ等を記録した電子媒体

症状詳記、治験概要、リハビリ計画書等は、請求データに記録してください。

なお、請求データに記録することができない資料を紙により提出する場合は、当該レセプトを特定できるように、患者氏名、診療月、本人・家族区分、入院・入院外別、保険者番号、記号番号、請求点数、診療科を記載してください。

(2) 光ディスク等送付書（資料6）

※ 電子媒体による請求のみの場合、総括票の提出は不要となります。

ただし、返戻再請求や月遅れ請求等、書面レセプトで請求する場合には、提出する明細書に係る添付書類が必要となります。詳細は12ページ「Ⅳ. 書面レセプトによる請求について」をご確認ください。

4. その他の留意事項

医療機関（薬局）コードが変更となった場合は、新規医療機関扱いとなります。
その際の請求方法は、原則、オンライン請求となりますのでご注意ください。

レセプト電算処理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/>

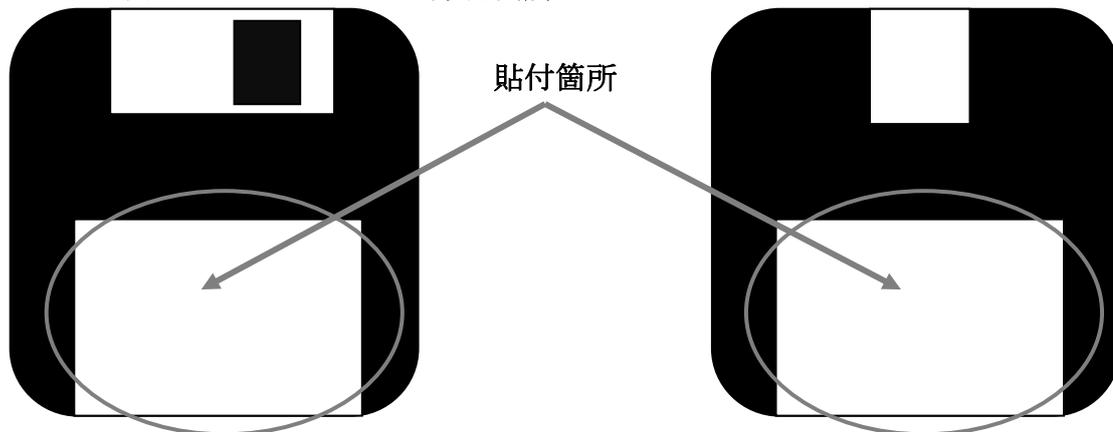
5. ラベルの貼付方法

電子媒体にラベルを貼付してください。

【磁気媒体の貼付ラベル見本】

MS-DOS/CSV(医科・DPC・歯科・調剤)				国保連 ・ 支払基金
医療機関(薬局)コード				
保険医療機関(薬局)名称				
診療(調剤)月分	年	月分		
提出年月日	年	月	日	
媒体枚数	枚中	枚目		

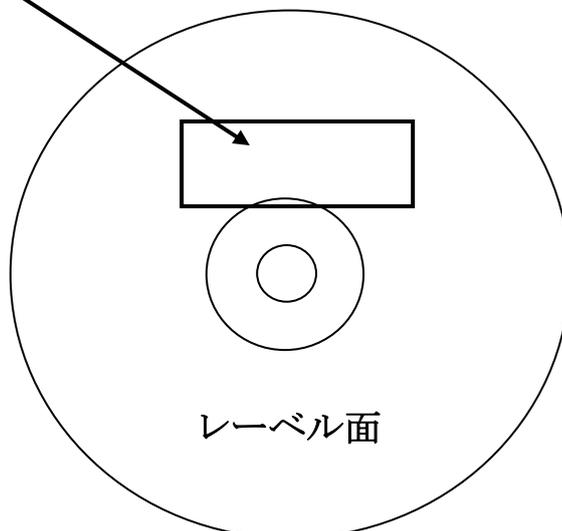
FD及びMOへのラベルの貼付箇所



【CD-Rへの表記】

レーベル面にシール等を貼付せずに、フェルトペン等により記入してください。

医療機関(薬局)コード			
保険医療機関(薬局)名称			
点数表区分	医科・DPC・歯科・調剤		
診療(調剤)月分	年	月分	
提出年月日	年	月	日
媒体枚数	枚中	枚目	
国保連・支払基金			



IV. 書面レセプトによる請求について

1. はじめに

現在、診療（調剤）報酬の請求は、「療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令」の規定により、原則、電子レセプト請求を定めていますが、免除措置を受けている保険医療機関等に限り、書面での請求が認められています。

2. 診療（調剤）報酬明細書

(1) 明細書の様式

本会に提出する明細書は、厚生労働省令をもとに、県医師会・県歯科医師会・県薬剤師会との協議で様式を定めていますので、これに従って請求してください。

なお、用紙の大きさは日本工業規格「A4」を使用してください。

(2) 記載上の注意点

①記載上のルール

明細書の作成は、厚生労働省通知「**診療報酬請求書等の記載要領等について（令6.7.12改正 保医発0712第1号）**」に基づいて行ってください。

②OCRエリア ※OCR (optical character reader:光学式文字読み取り装置)

OCRエリアへの印字（社会保険診療報酬支払基金と同様）をお願いします。

－OCRエリアへの印字とは－

レセプト下部に印字する67桁の数字のことで、専用の機械で読み取ることで、保険者番号・医療機関コード等の情報を高速で判読することができます。その情報をもとに国保連合会、社会保険診療報酬支払基金で審査支払事務を行います。

なお、レセプト作成後にOCRエリアに該当する項目の訂正を手書きで行った場合などは、レセプトの記載内容とOCRエリアの情報が異なってしまうため、OCRエリア下段（1行目）の数字を**二重線ですべて抹消**してください。

－例－

2行目 121017000000003500000260394

1行目 ~~001240570117658000128150000002120240812110271240560235624012131216~~

3. 診療（調剤）報酬請求書

(1) 請求書の様式

請求書の様式は（資料 7-1～6）のとおりです。

なお、用紙の大きさは日本工業規格「A4」、色は黄色を使用してください。

(2) 記載上の注意点

①記載上のルール

請求書の作成は、厚生労働省通知「**診療報酬請求書等の記載要領等について（令 6.7.12 改正 保
医発 0712 第 1 号）**」に基づいて行ってください。

②請求書の種類

- ・ 国民健康保険診療報酬請求書 様式第 6 号 入院用 (資料 7-1)
- ・ 国民健康保険診療報酬請求書 様式第 6 号 入院外用 (資料 7-2)
- ・ 国民健康保険調剤報酬請求書 様式第 7 号 (資料 7-3)
- ・ 後期高齢者医療診療報酬請求書 様式第 8 号 入院用 (資料 7-4)
- ・ 後期高齢者医療診療報酬請求書 様式第 8 号 入院外用 (資料 7-5)
- ・ 後期高齢者医療調剤報酬請求書 様式第 9 号 (資料 7-6)

上記 6 種類です。

それぞれの種類ごとに、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」に作成してください。

なお、法定外給付を行う明細書がある場合は、法定給付分とは別に作成してください。

4. 必要書類等

- (1) 総括票（資料 3-1, 3-2）
- (2) 明細書及び請求書（資料 7-1～6）
- (3) 月遅れ分の明細書及び請求書（資料 7-1～6）

書面レセプトと請求書を、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」に編綴し、総括票を添付のうえ、請求してください。（資料 8）

5. 特別療養費に係る診療（調剤）報酬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、その写しを当該保険医療機関等へ送付します。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。

6. 被災に係る診療（調剤）報酬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・総点数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。

7. 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に、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. 審査後の処理と支払いについて

1. 明細書の審査

明細書及び請求書の受付後、事務点検等の処理を経て、千葉県国民健康保険診療報酬審査委員会（以下、「審査委員会」という。）が明細書を審査します。

2. 明細書の返戻

本会では、審査委員会の審査及び事務点検の結果、診療内容の照会や記載事項の不備等で明細書を返戻することがあります。

【オンライン請求医療機関等の場合】

オンライン請求システムに返戻レセプトデータ（原審査分〔国保連合会からの返戻〕及び再審査分〔保険者からの返戻〕）並びに返戻内訳書データ（原審査分）を配信しますので、ご使用の端末でダウンロードし、訂正等したうえでオンライン再請求を行うようお願いします。

（7 ページ「Ⅱ. 電子情報処理組織を使用した費用の請求について」の7を参照してください。）

【電子媒体・紙媒体請求医療機関等の場合】

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（オンラインによる再請求の場合を除く） -

- ・ 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します。

3. 増減点連絡書、増減点・返戻通知書（資料9-1～3）

審査委員会の審査及び事務点検の結果、請求点数に増減が生じた場合には、「増減点連絡書」又は「増減点・返戻通知書」によりお知らせします。

【オンライン請求医療機関等の場合】

オンライン請求システムより配信します。

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（19ページ）参照

【電子媒体・紙媒体請求医療機関等の場合】

郵送又は配送により、書面でお知らせします。

4. 突合点検結果連絡書（資料 10-1～2）

調剤レセプトと処方箋発行元の医科レセプトの突合点検結果については、突合点検結果連絡書で連絡します。査定が生じた場合は、当該請求月分の保険医療機関合計支払額から減額します。

なお、調剤薬局には、突合点検結果連絡書でのお知らせのみとなります。

【オンライン請求医療機関等の場合】

オンライン請求システムより配信します。

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（19ページ）参照

【電子媒体・紙媒体請求医療機関等の場合】

郵送又は配送により、書面でお知らせします。

5. 資格確認結果連絡書（資料 10-3）

保険医療機関等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」によりお知らせします。

【オンライン請求医療機関等の場合】

オンライン請求システムより配信します。

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（19ページ）参照

【電子媒体・紙媒体請求医療機関等の場合】

郵送又は配送により、書面でお知らせします。

6. 診療(調剤)報酬等明細書の取り下げ

【オンライン請求医療機関等の場合】

オンライン請求システムの「マニュアル」メニューから「医療機関再審査等請求ファイル作成ツール」をダウンロードしていただき、当該ツールで作成した「再審査等請求ファイル」をオンライン請求システムの「再審査・取下げ」メニューからアップロードして提出してください。

【電子媒体・紙媒体請求医療機関等の場合】

「診療(調剤)報酬等明細書の取り下げ依頼書」(資料 11)を本会ホームページ(「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」)よりダウンロードして提出してください。

※当月分の明細書を取り下げる必要が生じた場合は、オンライン請求医療機関等、電子媒体・紙媒体請求医療機関等とともに書面にて「診療(調剤)報酬等明細書の取り下げ依頼書」(資料 11)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。

7. 再審査の請求方法

千葉県国民健康保険診療報酬審査委員会の審査結果に不服がある場合は、オンライン又は書面にて再審査請求書(資料 12)により、再審査請求をすることができます。

なお、再審査請求書(資料 12)は本会ホームページ(「医療機関の皆様へ」⇒「再審査請求書について」)よりダウンロード可能です。

また、請求点数の記載については、査定前の点数を記載してください。

※ 再審査の結果、点数等に増減が生じた場合には「過誤・再審査結果通知書」(資料 13 - 1~2)によりお知らせします。

※ オンライン請求医療機関等の場合、オンライン請求システムの「マニュアル」のメニューから「医療機関再審査等請求ファイル作成ツール」をダウンロードしていただき、当該ツールで作成した「再審査等請求ファイル」をオンライン請求システムの「再審査・取下げ」メニューからアップロードすることで再審査請求が可能です。

8. 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 14)にて、お知らせします。

【オンライン請求医療機関等の場合】

オンライン請求システムより配信します。

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(19ページ)参照

【電子媒体・紙媒体請求医療機関等の場合】

郵送又は配送により、書面でお知らせします。

過誤調整方法

資格関係の過誤

明細書と「過誤調整依頼書」を保険医療機関等に返戻し、金額を過誤調整します。

9. 診療(調剤)報酬の支払期日

診療(調剤)報酬の支払期日は、請求月の翌月25日です。なお、当日が休日等の場合は、前日が支払日となります。ただし、レセプト電算処理システム参加保険医療機関等に限り、原則、請求月の翌月20日に指定口座への振込みとなります。当日が休日等の場合は、翌日が支払日となります。

「診療(調剤)報酬等振込通知書」(資料15)にて、お知らせします。

【オンライン請求医療機関等の場合】

オンライン請求システムより配信します。

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(19ページ)参照

【電子媒体・紙媒体請求医療機関等の場合】

郵送又は配送により、書面でお知らせします。

10. その他の留意事項

- ・ 本会への照会は、(資料16)の事務局組織表を参照し、担当課(係)に直接連絡してください。
- ・ 本会では、保険医療機関等へのお願いや、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。

【オンライン請求医療機関等の場合】

オンライン請求システムの「お知らせ欄」に掲載します。

【電子媒体・紙媒体請求医療機関等の場合】

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。
毎月発行する「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。
- ・ オンライン請求医療機関等については、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。
ダウンロード方法は「オンライン請求システムにおける帳票のダウンロード手順」(20ページ)参照
- ・ 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 ※5
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
返戻レセプト⇒再審査分※1	・再審査分返戻レセプト(CSV)	処理月翌月 6 日前後 ※3	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⇒増減点連絡書	・増減点連絡書(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 ・増減点連絡書(PDF) ・返戻内訳書(PDF) ・突合点検結果連絡書(PDF) ・増減点返戻通知書(PDF) ・特別審査関係帳票(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)※2 ・過誤精算書(PDF)※2	支払日当日 ※4	3 か月

※ 1 過誤調整分の返戻レセプトについても含んでいます。

※ 2 振込通知書及び過誤精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。

※ 3 正確な日程はオンライン請求システム「お知らせ欄」に掲載します。

※ 4 原則 20 日ですが、当日が休日等の場合は翌日となります。

※ 5 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。)

【参考】 オンライン請求システムにおける帳票のダウンロード手順

- ① 国保のオンライン請求システムのメニューから「各種帳票等」を選択し、「振込額」ボタンを押下します。
- ② 振込額ダウンロード画面で確認されたい月のダウンロードボタンを押下します。
- ③ ファイルを保存し、展開します。

接続先 : □□ 国民健康保険団体連合会
利用者名: ○○○○○○○○○○

オンライン請求

- トップページ
- お知らせ
- レセプト送信・状況
- コーディングデータ
- 再審査・取下げ
- 各種帳票等
- 増減点連絡書
- 返戻内訳書
- 資格確認結果
- 振込額**
- 返戻レセプト
- 各種申請送信・状況
- パスワード変更
- マニュアル
- お問合せ先
- ログアウト

振込額ダウンロード

3か月分の振込額データがダウンロードできます。

項番	処理年月	区分	ダウンロード日	ダウンロード
1	令和6年10月	月初	未ダウンロード	ダウンロード
2	令和6年9月	月中	2024/10/24 14:30	ダウンロード
3	令和6年9月	月中	2024/10/25 15:30	ダウンロード

①メニューから各種帳票等を選択し、振込額ボタンを押下します。

②ダウンロードボタンを押下します。

名前を付けて保存

PC > ダウンロード

target

ファイル名(N): XXXXXXXXXXXXXXXX.zip

ファイルの種類(T): 圧縮 (zip 形式) フォルダ (*.zip)

保存(S) キャンセル

③対象ファイルを保存します。ファイルは圧縮されているので、展開してご覧ください。

VI. 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. 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	一類感染症等院の患者の入院	28
(16)	〃	第37条	新感染症院の患者の入院	29
(17)	肝炎治療特別促進事業に係る医療の給付及び肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業による高療該当肝がん・重度肝硬変入院関係医療に係る医療費の支給			38
(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

後期高齢者医療制度 保険者番号一覧（千葉県）

	市(区)町村名	保険者番号		市(区)町村名	保険者番号
1	千葉市	39 12 100 9	37	大網白里市	39 12 239 5
2	銚子市	39 12 202 3	38	酒々井町	39 12 322 9
3	市川市	39 12 203 1	39	栄町	39 12 329 4
4	船橋市	39 12 204 9	40	神崎町	39 12 342 7
5	館山市	39 12 205 6	41	多古町	39 12 347 6
6	木更津市	39 12 206 4	42	東庄町	39 12 349 2
7	松戸市	39 12 207 2	43	九十九里町	39 12 403 7
8	野田市	39 12 208 0	44	芝山町	39 12 409 4
9	茂原市	39 12 210 6	45	横芝光町	39 12 410 2
10	成田市	39 12 211 4	46	一宮町	39 12 421 9
11	佐倉市	39 12 212 2	47	睦沢町	39 12 422 7
12	東金市	39 12 213 0	48	長生村	39 12 423 5
13	旭市	39 12 215 5	49	白子町	39 12 424 3
14	習志野市	39 12 216 3	50	長柄町	39 12 426 8
15	柏市	39 12 217 1	51	長南町	39 12 427 6
16	勝浦市	39 12 218 9	52	大多喜町	39 12 441 7
17	市原市	39 12 219 7	53	御宿町	39 12 443 3
18	流山市	39 12 220 5	54	鋸南町	39 12 463 1
19	八千代市	39 12 221 3			
20	我孫子市	39 12 222 1			
21	鴨川市	39 12 223 9			
22	鎌ヶ谷市	39 12 224 7			
23	君津市	39 12 225 4		中央区	39 12 101 7
24	富津市	39 12 226 2		花見川区	39 12 102 5
25	浦安市	39 12 227 0		稲毛区	39 12 103 3
26	四街道市	39 12 228 8		若葉区	39 12 104 1
27	袖ヶ浦市	39 12 229 6		緑区	39 12 105 8
28	八街市	39 12 230 4		美浜区	39 12 106 6
29	印西市	39 12 231 2			
30	白井市	39 12 232 0			
31	富里市	39 12 233 8			
32	南房総市	39 12 234 6			
33	匝瑳市	39 12 235 3			
34	香取市	39 12 236 1			
35	山武市	39 12 237 9			
36	いすみ市	39 12 238 7			

医療機関
コード

国民健康保険等診療報酬総括票（医・歯）

保険医療機関の
所在地及び名称
電話番号
開設者氏名

年 月分

区分	療養の給付			食事療養・生活療養		
	総件数	総点数	※備考	件数	金額	標準負担額
請求	後期高齢者医療	入院				
		入院外				
	国保	入院				
		入院外				
	合計	入院				
		入院外				

区分	療養の給付			食事療養・生活療養		
	件数	点数	備考	件数	金額	標準負担額
※審査状況	返戻	入院				
		入院外				
	増点	入院				
		入院外				
	減点	入院				
		入院外				
	誤算	入院				
		入院外				
※決定	入院					
	入院外					

※欄には記入しないで下さい。

※ 受 付 印	持	
	普	
	速	
	書	

薬局コード

国民健康保険等調剤報酬総括票

保 険 薬 局 の
所 在 地 及 び 名 称
電 話 番 号
開 設 者 氏 名

年 月分

区 分		総 件 数	総 点 数
請 求	後期高齢者医療		
	国 保		
	合 計		

※ 受付印

持 普 速 書

区 分		件 数	点 数
※ 審 査 状 況	返 戻		
	増 点		
	減 点		
	誤 算		
※ 決 定			

総受付回数

回

※欄には記入しないで下さい。

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・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 請求分から	
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「お客様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。

様式第1号

光ファイバ等を用いた請求に係る猶予届出書
兼 オンライン請求への移行計画書

I. 保険医療機関・薬局の基本情報

① 名称			医療機関(法人)コード(17桁)
② 電話番号	-	③ 保険機関コード	医療機関番号 診療科番号
④ 所在地	〒 (都道府県)		

II. 届出内容

⑤ 光ファイバ等を用いた請求の継続を希望する期間 西暦 年 月 日
※ 最大で届出を行った翌年の9月末まで
※ 1年更新制であり、改めて届出・移行計画書の提出を行うことで更新可能。

III. 移行計画

⑥ 現時点でオンライン請求に移行できない理由(ア～ウから選択)
ア 外部委託などにより請求を行っているため、レセプトコンピュータを保有していない
イ オンライナー資格確認の経過措置に該当するやむを得ない事情(※以下から1つ選択)がある
ウ その他 ()
 外部委託先の名称 ()
 光回線のネットワークが未整備の離島・山間地域や建物に所在
 改築工事中・臨時施設
 休廃止に関する計画を定めている
 その他特に困難な事情がある

⑦ 現時点で検討しているオンライン請求を行うことができる体制の整備予定時期 (ア～エから選択)
ア 本年12月末までの時期
イ 来年3月末までの時期
ウ 来年9月末までの時期
エ その他 ()
例: 来年9月末までに休廃止予定であるなど

⑧ 「ア～ウ、その他」を選択した場合

⑧ レセプトコンピュータ・請求用端末の状況(ア～ウから選択)
ア オンライン請求に対応可能(確認済み)
イ 改修・調達が必要 (西暦 年 月 月対応予定)
ウ 改修・調達の要否を確認中

⑨ ネットワークの整備状況(ア～ウから選択)

ア 整備済み
イ 契約済み・未整備 (西暦 年 月 月対応予定)
ウ 見積もり依頼中・検討中

⑩ 各種届出の状況

(1) オンライン請求の利用申請 (済み/未実施)
(2) 電子証明書の発行申請 (済み/未実施)
※ オンライン資格確認済から請求する場合、発行済みの電子証明書を使用する場合は、未実施を必ず。

⑪ 備考

上記のとおり届け出ます。

西暦 年 月 日

開設者名 住所 〒

審査支払機関 御中

メールアドレス:

- (記入等に当たった際の留意点)
- 青色セル部分に必要な記載を行った上、あらかじめ(2024年8月31日までに)、原則として医療機関等向け総合ポータルサイトを經由して審査支払機関に届出を行うこと。
 - ①・②・④欄には、保険医療機関・保険薬局指定申請書により届け出た記載内容を記入すること。
 - ③欄には、該当の保険機関コード(先頭から順に該当の都道府県番号(2桁)、点教表番号(1桁)、医療機関(薬局)コード(7桁))を記入すること。
 - 【都道府県番号】 北海道01、青森02、岩手03、宮城04、秋田05、山形06、福島07、茨城08、栃木09、群馬10、埼玉11、千葉12、東京13、神奈川14、新潟15、富山16、石川17、福井18、山梨19、長野20、岐阜21、静岡22、愛知23、三重24、滋賀25、京都26、大阪27、兵庫28、奈良29、和歌山30、鳥取31、島根32、岡山33、広島34、山口35、徳島36、香川37、愛媛38、高知39、福岡40、佐賀41、長崎42、熊本43、大分44、宮崎45、鹿児島46、沖縄47
 - 【点教表番号】 医科 1、歯科 3、調剤(薬局) 4
 - ⑥・⑦欄には「ア～ウ」又は「ア～エ」のうち該当するものを選択して記入すること。⑥欄で「ア」を選択した場合には、記入欄に外部委託先の名称を記入し、「イ」を選択した場合には、該当する事情を1つ選択し、⑦欄で「その他」を選択した場合には、記入欄にその具体的な内容を記入すること。
 - ⑧・⑨欄には「ア～ウ」のうち該当するものを選択して記入すること。「イ」を選択した場合には、記入欄に対応・整備予定時期を記入すること。
 - ⑩欄には、(1)(2)のそれぞれについて、「済み」又は「未実施」を選択して記入すること。

(審査支払機関名) 御中

住 所
開設者
氏 名

光ディスク等送付書

医療機関（薬局）コード			
医療機関（薬局）名称			
点数表区分	医 科 ・ D P C ・ 歯 科 ・ 調 剤		
診療（調剤）月分	令和 年 月診療（調剤）分		
提出年月日	令和 年 月 日		
媒体種類	F D	M O	C D - R
媒体枚数	枚		
備 考			

※ 1 本送付書は、点数表区分別に作成すること。

※ 2 点数表区分及び媒体種類については、該当に○を付すこと。

令和 年 月分 診療報酬請求書(医科)

保険者 (別 記) 殿

保険医療機関の
所在地及び名称
電話番号
開設者氏名

点数表別については、「医科=1」「歯科=3」になります。

下記の通り請求する。
令和 年 月 日

保険者番号		県番号	医療機関コード		点数表別	法定外給付		
		1 2			1	8	9	10

国民健康保険	入院	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	八割	請求	0						
		※決定							
	七割	請求	2						
		※決定							
	被保険者(六歳)	請求	4						
		※決定							

区分	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(公費分)
公費負担医療	請求	0						
	※決定							
医療	請求	0						
	※決定							
状況	請求	0						
	※決定							

区分	戻				増減点			
	件数	日数	点数	一部負担金	増点	減点	一部負担金	標準負担額
※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

請求書は、黄色です。

請求書記載例

資料7-1

様式第六 (入院用)

- 1、保険医療機関の所在地、名称、開設者氏名を記載してください。
- 2、診療報酬請求書は、国民健康保険の「入院・入院外別」・「保険者別」に作成してください。
※千葉市「124016～124065」については、「124008」で作成してください。
※被災については、個別の請求書を作成してください。
- 3、右上部の「法定外給付」欄は、法定外給付によって負担割合が異なる明細書を編綴する場合に、8割、9割、10割の該当する給付割合に○をつけてください。
なお、請求書は法定外給付の割合ごとに、それぞれ別に作成してください。
- 4、「一般」欄は、国保一般分明細書の「保険」欄を70歳以上一般・低所得8割、70歳以上7割、被保険者、6歳(未就学者)に区分して請求欄に記載してください。
※「食事療養・生活療養」欄は、食事療養・生活療養に係る件数、回数、金額、標準負担額の合計を記載してください。
※国保一般分の「長期高額」分は、「一般」欄のみに記載してください。

- 5、「公費負担医療」欄は、法別番号ごとに公費該当分を合算して記載してください。
※公費分点数と保険点数が「同点数」の場合であっても、公費該当分を「点数」欄に記載してください。(医療保険分との再掲となります。)
※「食事療養・生活療養」欄は、公費該当分の食事療養・生活療養に係る件数、回数、金額、標準負担額の合計を記載してください。
※「公費負担医療」の「一部負担金」欄は、公費における負担金のみ記載してください。
※国保一般と公費2種類以上の請求分は、公費の法別番号ごとにそれぞれ記載してください。
※公費負担医療が多く書ききれない場合は、請求書を2枚にして請求してください。

- 6、入院の請求書は一番下に黒ラインが入ります。

令和 年 月分 診療報酬請求書(医科)

請求書は、黄色です。

請求書記載例

資料7-2

保険者
(別記)殿

保険医療機関の
所在地及び名称
電話番号
開設者氏名

点数表別については、
「医科=1」
「歯科=3」
になります

下記の通り請求する。
令和 年 月 日

保険者番号				県番号		医療機関コード				点数表別	法定外給付		
				1	2					1	8	9	10

様式第六

(入院外用)

入院外		件数	診療実日数	点数	一部負担金	備考
国民健康保険一般	八割請求	1				
	※決定					
	七割請求	3				
	※決定					
	被保険者(六歳)請求	5				
	※決定					
	請求	7				
	※決定					

- 1、保険医療機関の所在地、名称、開設者氏名を記載してください。
- 2、診療報酬請求書は、国民健康保険の「入院・入院外別」・「保険者別」に作成してください。
※千葉県「124016～124065」については、「124008」で作成してください。
※被災については、個別の請求書を作成してください。
- 3、右上部の「法定外給付」欄は、法定外給付によって負担割合が異なる明細書を編綴する場合に、8割、9割、10割の該当する給付割合に○をつけてください。
なお、請求書は法定外給付の割合ごとに、それぞれ別に作成してください。
- 4、「一般」欄は、国保一般分明細書の「保険」欄を70歳以上一般・低所得8割、70歳以上7割、被保険者、6歳(未就学者)に区分して請求欄に記載してください。
※国保一般分の「長期高額」分は、「一般」欄のみに記載してください。
※各区分ごとに公費負担医療分をあわせた件数、日数、点数等を記載してください。

区分		件数	診療実日数	点数	一部負担金	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					

- 5、「公費負担医療」欄は、法別番号ごとに公費該当分を合算して記載してください。
※公費分点数と保険点数が「同点数」の場合であっても、公費該当分を「点数」欄に記載してください。(医療保険分との再掲となります。)
※「公費負担医療」の「一部負担金」欄は、公費における負担金のみ記載してください。
※国保一般と公費2種類以上の請求分は、公費の法別番号ごとにそれぞれ記載してください。
※公費負担医療が多く書ききれない場合は、請求書を2枚にして請求してください。

区分	返 戻				増 減 点		
	件数	日数	点数	一部負担金	増点	減点	一部負担金
※							
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 調 剤 報 酬 請 求 書

請求書は、黄色です。

請 求 書 記 載 例

保 険 者
(別 記) 殿

保 険 薬 局 の
所 在 地 及 び 名 称
電 話 番 号
開 設 者 氏 名

下 記 の 通 り 請 求 す る 。
令 和 年 月 日

保 険 者 番 号				県 番 号		薬 局 コー ド				点 数 表 別	法 定 外 給 付		
				1	2					4	8	9	10

様 式 第 七

- 1、保険薬局の所在地、名称、開設者氏名を記載してください。
- 2、調剤報酬請求書は、国民健康保険の「保険者別」に作成してください。
※千葉市「124016～124065」については、「124008」で作成してください。
※被災については、個別の請求書を作成してください。

調 剤		件 数	処方せん 受付回数	点 数	一部負担金	備 考
国 民 健 康 保 険	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				

- 3、右上部の「法定外給付」欄は、法定外給付によって負担割合が異なる明細書を編綴する場合に、8割、9割、10割の該当する給付割合に○をつけてください。
なお、請求書は法定外給付の割合ごとに、それぞれ別で作成してください。
- 4、「一般」欄は、国保一般分明細書の「保険」欄を70歳以上一般・低所得8割、70歳以上7割、被保険者、6歳（未就学者）に区分して請求欄に記載してください。
※国保一般分の「長期高額」分は、「一般」欄のみに記載してください。
※各区分ごとに公費負担医療分をあわせた件数、日数、点数等を記載してください。

区 分		件 数	処方せん 受付回数	点 数	一部負担金	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					

- 5、「公費負担医療」欄は、法別番号ごとに公費該当分を合算して記載してください。
※公費分点数と保険点数が「同点数」の場合であっても、公費該当分を「点数」欄に記載してください。（医療保険分との再掲となります。）
※「公費負担医療」の「一部負担金」欄は、公費における負担金のみ記載してください。
※国保一般と公費2種類以上の請求分は、公費の法別番号ごとにそれぞれ記載してください。
※公費負担医療が多く書ききれない場合は、請求書を2枚にして請求してください。

区 分	返 戻				増 減 点		
	件 数	処方せん 受付回数	点 数	一部負担金	増 点	減 点	一部負担金
※							
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

請求書は、黄色です。

保険医療機関の
所在地及び名称
電話番号
開設者氏名

各広域連合 殿
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	医療機関コード	点数 表別
3 9	1 2		1

点数表別については、
「医科=1」、
「歯科=3」
になります。

後期高齢者医療

入院	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
後期 高齢	低一 所得・ 請求	請求						
		※決定						
	七 割	請求						
		※決定						

入院
意思

公費負担医療

区分	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 (公費分)
公 費 負 担 医 療	請求							
		※決定						
	請求							
		※決定						
	請求							
		※決定						
	請求							
		※決定						
	請求							
		※決定						

入院
意思

区分	返 戻					増 減 点				
	件数	日数	点数	一部負担金	標準負担額	増点	減点	一部負担金	食 事	標準負担額
※										
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

1、保険医療機関の所在地、名称、開設者氏名を記載してください。

2、「後期高齢者医療」欄は、後期高齢者医療明細書の「保険」欄を一般・低所得、7割に区分して請求欄に記載してください。
※「食事療養・生活療養」欄は、食事療養・生活療養に係る件数、回数、金額、標準負担額の合計を記載してください。
※「長期高額」分は、「後期高齢者医療」欄のみに記載してください。
※被災については、個別の請求書を作成してください。
※各区分ごとに公費負担医療分を合わせた件数、日数、点数等を記載してください。

3、「公費負担医療」欄は、法制番号ごとに公費欄に記載のある明細書を合算して記載してください。
※公費分点数と保険点数が「同点数」の場合であっても、公費該当分を「点数」欄に記載してください。(医療保険分との再掲となります。)
※「食事療養・生活療養」欄は、公費該当分の食事療養・生活療養に係る件数、回数、金額、標準負担額の合計を記載してください。
※「公費負担医療」の「一部負担金」欄は、公費における負担金のみ記載してください。
※後期高齢者医療と公費2種類以上の請求分は、「公費負担医療」欄にそれぞれ記載してください。
※公費負担医療が多く書ききれない場合は、請求書を2枚にして請求してください。

4、入院の請求書は一番下に黒ラインが入ります。



請求書は、黄色です。

保険医療機関の
所在地及び名称
電話番号
開設者氏名

各広域連合 殿
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	医療機関コード	点数 表別
3 9	1 2		1

点数表別については、
「医科=1」
「歯科=3」
になります。

（入院外用）

入院外			療養の給付				備考
			件数	診療実日数	点数	一部負担金	
後期 高齢	低一 所得・	請求					
		※決定					
	七 割	請求					
		※決定					

公費負担医療			療養の給付				備考
区分			件数	診療実日数	点数	一部負担金	
公 費 負 担 医 療		請求					
		※決定					
		請求					
		※決定					
		請求					
		※決定					
		請求					
		※決定					
		請求					
		※決定					

区分	返 戻				増 減 点		
	件数	日数	点数	一部負担金	増 点	減 点	一部負担金
※							
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

1、保険医療機関の所在地、名称、開設者氏名を記載してください。

2、「後期高齢者医療」欄は、後期高齢者医療分明細書の「保険」欄を一般・低所得、7割に区分して請求欄に記載してください。

※「長期高額」分は、「後期高齢者医療」欄のみに記載してください。

※被災については、個別の請求書を作成してください。

※各区分ごとに公費負担医療分をあわせた件数、日数、点数等を記載してください。

3、「公費負担医療」欄は、法制番号ごとに公費欄に記載のある明細書を合算して記載してください。

※公費分点数と保険点数が「同点数」の場合であっても、公費該当分を「点数」欄に記載してください。（医療保険分との再掲となります。）

※「公費負担医療」の「一部負担金」欄は、公費における負担金のみ記載してください。

※後期高齢者医療と公費2種類以上の請求分は、「公費負担医療」欄にそれぞれ記載してください。

※公費負担医療が多く書ききれない場合は、請求書を2枚にして請求してください。

令和 年 月 分 調 剤 報 酬 請 求 書

保 険 薬 局 の
所 在 地 及 び 名 称
電 話 番 号
開 設 者 氏 名

各 広 域 連 合 殿
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	薬局コード	点数 表別
3 9	1 2		4

後期高齢者医療

調 剤		件 数	処方箋 受付回数	点 数	一 部 負 担 金	備 考
後 期 高 齢	低一 所得・ 七 割	請求				
		※決定				
	七 割	請求				
		※決定				

公費負担医療

区 分		件 数	処方箋 受付回数	点 数	一 部 負 担 金	備 考
公 費 負 担 医 療	請求					
		※決定				
	請求					
		※決定				
	請求					
		※決定				
	請求					
		※決定				
	請求					
		※決定				

区 分	返 戻			増 減 点			
	件数	処方箋 受付回数	点 数	一 部 負 担 金	増 点	減 点	一 部 負 担 金
※							
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

請求書は、黄色です。

請 求 書 記 載 例

資料7-6

様
式
第
九

1、保険薬局の所在地、名称、開設者氏名を記載してください。

2、「後期高齢者医療」欄は、後期高齢者医療分明細書の「保険」欄を一般・低所得、7割に区分して請求欄に記載してください。

※「長期高額」分は、「後期高齢者医療」欄のみに記載してください。

※被災については、個別の請求書を作成してください。

※各区分ごとに公費負担医療分をあわせた件数、日数、点数等を記載してください。

3、「公費負担医療」欄は、法制番号ごとに公費欄に記載のある明細書を合算して記載してください。

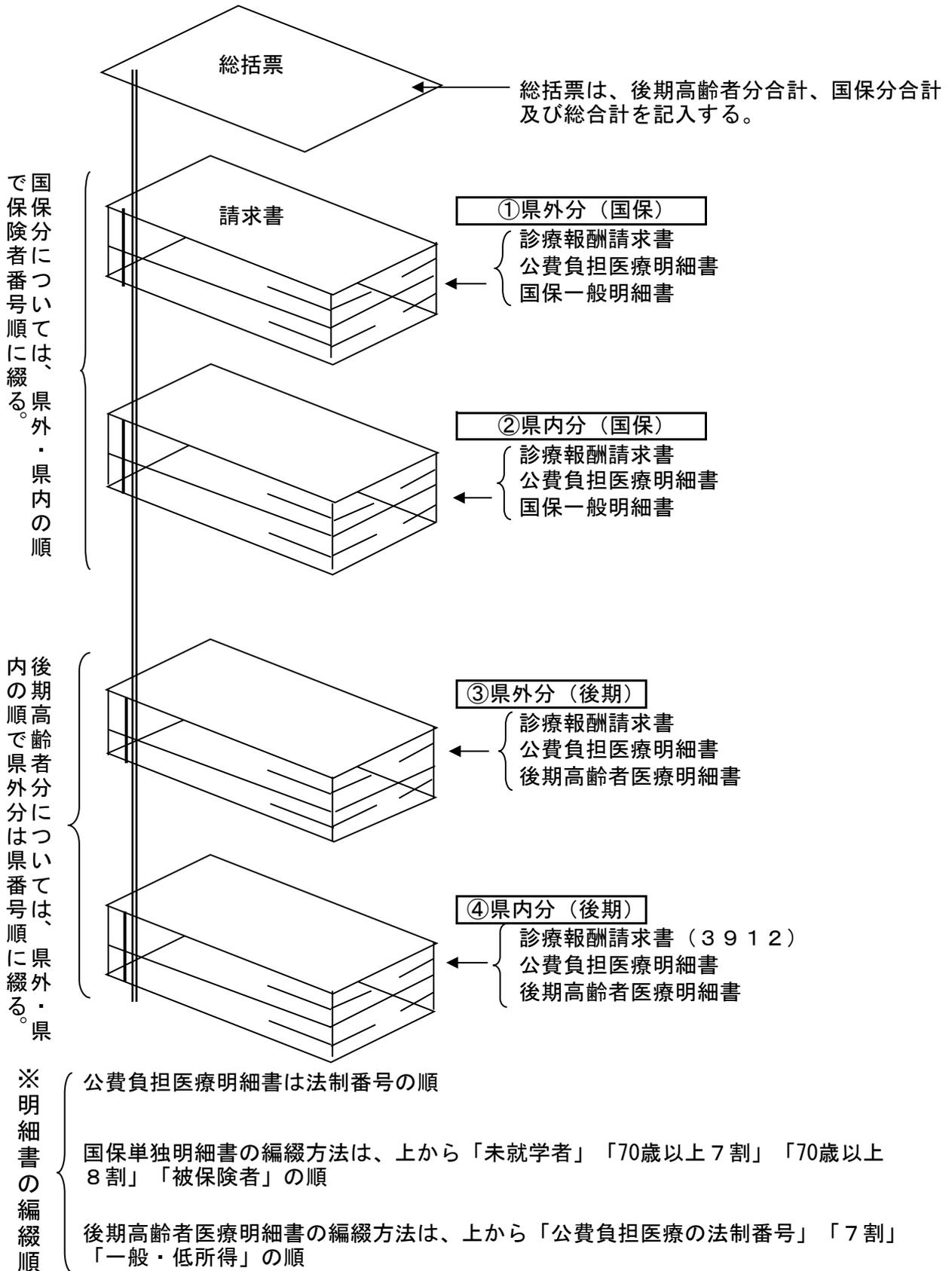
※公費分点数と保険点数が「同点数」の場合であっても、公費該当分を「点数」欄に記載してください。（医療保険分との再掲となります。）

※「公費負担医療」の「一部負担金」欄は、公費における負担金のみ記載してください。

※後期高齢者医療と公費2種類以上の請求分は、「公費負担医療」欄にそれぞれ記載してください。

※公費負担医療が多く書ききれない場合は、請求書を2枚にして請求してください。

明細書等の編綴方法



◎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。

医療機関コード：

月 分 増 減 点 連 絡 書

ページ

医療機関名：

御中

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
備考													

記 号 凡 例

- (増 減 点 箇 所)
- 1 1 初 診
 - 1 2 再 診
 - 1 3 医学管理
 - 1 4 在 宅
 - 2 1 内 服
 - 2 2 屯 服
 - 2 3 外 用
 - 2 4 調 剤
 - 2 5 処 方
 - 2 6 麻 毒
 - 2 7 調 査
 - 2 8 投薬その他

- 3 1 皮下筋肉内
- 3 2 静脈内
- 3 3 注射その他
- 3 9 薬剤削減点
- 4 0 処置・薬剤
- 5 0 手術・薬剤
- 5 4 麻酔・薬剤
- 6 0 検査・病理
- 7 0 画像診断
- 8 0 その他

- 9 0 入院基本料
- 9 2 特定入院料・その他
- 9 7 食事・生活療養
標準負担額

(増 減 点 事 由)

- 1. 診療内容に関するもの
 - 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
 - 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
 - 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
 - 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
- J*. 縦覧点検によるもの
- Y*. 横覧点検によるもの
- T*. 突合点検によるもの

- 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. 縦計計算が誤っているもの
 - K. その他

(補正・査定後内容)

- 突合点検
調剤を実施した薬局に係る調剤レセプトとの照合
点検により補正・査定された内容
- 縦覧点検
複数月にわたるレセプトの通覧点検により補正・
査定された内容
- 横覧点検
入院と入院外レセプトの通覧点検により補正・
査定された内容

医療機関コード：
医療機関名：

御中

月 分 突 合 点 検 結 果 連 絡 書

ページ

診療年月 受付番号 レセプト番号 診療科 1	保険者 番号等	区 分 氏 名 カ ル テ 番 号	調整金額		増減点数 (金額)		事由	処方 月日 調剤 月日	負 担	請 求 内 容	負 担	補 正 ・ 査 定 後 内 容	薬局コード等
			法別	金額	法別	点数 (金額)							
												合計調整金額	
備 考													

注 保険者番号等欄の法別「99」公費は、70歳代前半の被保険者等に係る一部負担金等の軽減特例措置の金額を表示しています。

記 号 凡 例
(増 減 点 事 由)

- 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
- 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
- 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
- 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
- K その他

突合点検は、貴機関が請求したレセプトと当該患者の調剤レセプトを照合して実施しています。その結果、審査委員会で調剤レセプトの医薬品について上記の内容で決定されました。

月 分 突 合 点 検 結 果 連 絡 書

ページ

薬局コード

保険薬局名

御中

調剤 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 調 剤 録 番 号	No	調剤月日	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	医療機関 コード等
備考															

記 号 凡 例
(増 減 点 事 由)

- 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
- 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
- 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
- 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
- K その他

この連絡書の内容について、医療機関の申し出により、処方箋を送付して
もらうことがあります。その場合は、速やかにご提出をお願いいたします。
提出された処方箋による再審査の結果、貴薬局の調剤報酬から調整される
場合がありますのでご了承ください。

都道府県コード
医療機関（薬局）コード
医療機関名（薬局）

月 分 資 格 確 認 結 果 連 絡 書 （ 審 査 ）

御中

ページ
県国民健康保険団体連合会

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 2 本外 3 六入 4 六外	5 家入 6 家外 7 高入一 8 高外一 9 高入7 0 高外7
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	
-----	-------	-----	--

再審査請求書

年 月 日

千葉県国民健康保険団体連合会理事長 様

請求者

医療機関コード	
---------	--

保険医療機関等の
所在地及び名称
開設者 氏名

年 月 審査の決定について、下記の理由により再度の考案を請求いたします。

記

1. 診療（調剤）報酬明細書の主要事項

被保険者氏名	生年月日	診療月	入院・入院外
	年 月 日	年 月	処方箋交付 有・無
医療種別	国保・後期高齢	請求点数	点
保険者番号		被保険者の記 号・番号	
後期高齢者 保険者番号		被保険者の 番号	
公費負担者番号		受給者番号	

2. 再審査請求理由

査定内容	
再審査請求理由	

備考

- (1) 明細書は、本会が保険者・広域連合から取り寄せます。
- (2) 再審査請求に必要な関係資料がある場合は、添付して下さい。
- (3) この請求書は、明細書1件ごとに作成して下さい。

保険医療機関等過誤精算書

医療機関等コード
(12- -)

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	

— 53 —

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・回数】欄について [単位 件・日(回)]
上段は件数、下段は回数（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は表示し、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、回数（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ただきます。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
回数(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、所得税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。

診療（調剤）報酬等振込通知書 医科・歯科 }
調剤・訪問 } 医科

◆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 円	端数整理額 円	金額 円	
				回数 (回数)	日数	点数 (費用額) 点	点	一部負担金 円	円			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							

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

◆年5月 日

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

診療（調剤）報酬等振込通知書コードの説明

(裏)

2. 給付割合欄

コード	説明	コード	説明
0	10割給付	5	公費5割給付
2	乳児10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10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25、39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。

1. 医療種別(法制番号)欄

コード	説明
10	感染症予防・医療法(第37条の2)結核患者の適正医療
11	感染症予防・医療法(第37条)結核患者の入院
13	戦傷病者特別援護法(第10条)療養の給付
14	戦傷病者特別援護法(第20条)更生医療
15	障害者総合支援法(第5条)更生医療
16	障害者総合支援法(第5条)育成医療
17	児童福祉法(第20条)療育の給付
18	原爆被爆者援護法(第10条)認定疾病医療
19	原爆被爆者援護法(第18条)一般疾病医療費
20	精神保健・精神障害者福祉法(第29条)措置入院
21	障害者総合支援法(第5条)精神通院医療
22	麻薬及び向精神薬取締法(第58条の8)入院措置
23	母子保健法(第20条)養育医療
24	障害者総合支援法(第70条・第71条)療養介護医療
25	国民健康保険法
28	感染症予防・医療法(第37条)一類感染症等患者の入院
29	感染症予防・医療法(第37条)新感染症患者の入院
38	肝炎治療特別促進事業に係る医療の給付
39	後期高齢者医療
51	特定疾患治療費等
52	児童福祉法(第19条の2)小児慢性特定疾病医療支援
53	児童福祉法の措置等に係る医療の給付
54	難病法(第5条)特定医療
61	高額療養費
62	特定B型肝炎ウイルス感染者給付金等
66	石綿医療(第4条)
79	児童福祉法による肢体不自由児通所医療等
81	重度心身障害者(児)医療
83	子ども医療
85	ひとり親家庭等医療
99	指定公費負担医療
県外	全国済分

千葉県国民健康保険団体連合会事務局組織表(令和7年4月現在)

住所 〒 263-8566 千葉市稲毛区天台6丁目4番3号

(市外局番043)

