

## 診療(調剤)報酬請求について(目次)

タイトル	ページ
1 診療(調剤)報酬請求書の受付について	1- 3
2 診療(調剤)報酬請求書及び明細書の編綴方法について	4- 6
3 診療(調剤)報酬受付受領書(総括票)の記載について	7- 8
4 診療(調剤)報酬請求書の記載について	
診療(調剤)報酬請求書の記載について	9-11
国民健康保険(医科・歯科)請求書の記載要領	12-13
後期高齢者医療(医科・歯科)請求書の記載要領	14-15
国民健康保険(調剤)請求書の記載要領	16-17
後期高齢者医療(調剤)請求書の記載要領	18-19
5 診療報酬明細書の記載について	
明細書の記載について	20-25
明細書(入院)の記載要領	26-27
明細書(入院外)の記載要領	28-29
明細書右上コード「保険種別」・「本人家族」欄の説明	30
原爆医療に係る歯科明細書の記載について	31
特記事項(令和4年4月以降)	32-38
特記事項(令和4年3月以前)	39-43
6 診療報酬明細書の取り下げについて	44-46
7 被保険者資格証明書の明細書(特別療養費)の提出方法について	47
8 重度障害者医療制度の取り扱いについて	48
9 電子レセプト請求の取り扱いについて	49-53
10 医療機関再審査申し出について	54

## 診療(調剤)報酬請求について(目次)

タイトル	ページ
11 一覧表	
神奈川県保険者コード一覧	55
都道府県コード一覧	56
神奈川県国民健康保険団体連合会案内	57

## 1. 国保連合会の診療（調剤）報酬請求書の受付について

診療報酬請求書の受付方法は直接受付・郵送受付・保険者受付・オンラインの4通りで取り扱っております。

①直接受付(国保連合会の窓口に来所し、直接提出)について、次のとおりお願いいたします。

質 問	回 答
Q 1 受付期間（時間）	A 1 随時。なお、受付締切日は毎月10日。 (8時30分から17時15分まで)
Q 2 受付場所	A 2 横浜市西区楠町27番地1 神奈川県国保会館 1階：本会HPに掲示。 ( <a href="http://www.kanagawa-kokuho.or.jp">http://www.kanagawa-kokuho.or.jp</a> ) 5階：上記以外の日。
Q 3 土曜、日曜、祝日の受付	A 3 土曜日、日曜日、祝日は閉館日のため受付していません。 ※ <u>受付締切日(10日)が土曜、日曜、祝日の場合に限り受付をいたします。</u>
Q 4 複数の保険医療機関等をまとめて提出する場合	A 4 提出前に機関数、受領書枚数等をご確認ください。

②郵送受付について、次のとおりお願いいたします。

質 問	回 答
Q 1 診療報酬請求書の送付先	A 1 〒220-0003 横浜市西区楠町27番地1 神奈川県国保会館 神奈川県国民健康保険団体連合会「受付主管課」
Q 2 受付締切日	A 2 毎月10日到着分まで。 (国保連合会のポストへの投函による受付は行っておりません。)

Q 3 郵送時の受領書 (総括票)	A 3 郵送受付に対する受領書の送付はいたしません。
Q 4 郵送上の注意点	<p>A 4 診療報酬明細書（以下「明細書」又は「レセプト」という）等の紛失、遅延の事故等为了避免のために、書留等の所在が確認できる送付方法でお願いします。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 紙レセプトは「<u>レセプト在中</u>」と朱書。</li> <li>・ 電子レセプト（媒体）は、保護ケースに入れ「<u>電子レセプト(FD・MO・CD) 在中</u>」と朱書。</li> <li>・ 介護保険・特定健診の請求分及び出産育児一時金・確認試験用電子レセプト（媒体）とは処理方法が異なるため別々に送付。</li> <li>・ 二個口以上になる場合は、箱番号と総個数を明記ください。例(1/2・2/2等記載ください)</li> </ul> <p>※ 社会保険診療報酬支払基金(神奈川支部)への提出分と取り違いの無い様ご注意ください。</p>
Q 5 請求関係用紙等の郵送について	<p>A 5 国保連合会では、通常各保険医療機関等に請求関係用紙等を送付していません。本会HPからダウンロードしてご使用いただくか、国保連合会又は保険者（横浜市を除く）及び三師会（次項Q 3参照）で入手願います。</p>

③保険者受付(市町村窓口等での受付を経由して国保連合会に搬入)について、次のとおりお願いいたします。

質 問	回 答
Q 1 保険者等受付機関	<p>A 1 保険者受付を実施している市町</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 川崎市（各区とも対応）</li> <li>・ 横須賀市（医師会での対応）</li> <li>・ 鎌倉市（医師会あり）</li> <li>・ 小田原市（①足柄下郡②医師会</li> <li>・ 茅ヶ崎市</li> <li>・ 相模原市</li> <li>・ 秦野市</li> <li>・ 綾瀬市</li> <li>・ 葉山町</li> <li>・ 大磯町・二宮町</li> <li>・ 南足柄市・足柄上郡（医師会・歯科医師会あり）</li> <li>・ 愛川町</li> <li>・ 平塚市</li> <li>・ 藤沢市</li> <li>・ 歯科医師会あり）</li> <li>・ 逗子市</li> <li>・ 三浦市</li> <li>・ 伊勢原市</li> <li>・ 寒川町</li> </ul>

Q 2 保険者の電子レセプト受付 (FD・MO・CD)	A 2 受付していますが国保連合会への到着が毎月 10 日 (土曜日、日曜日、祝日にあたる場合は直前の平日) になるため、国保連合会への直接受付又は郵送受付による早期提出にご協力願います。
Q 3 保険者等での請求諸用紙の入手	A 3 取扱機関、入手方法等については、各機関に直接問い合わせてください。
Q 4 保険者等受付最終日	A 4 各機関により異なりますので、詳細な日時については提出先に直接ご確認ください。

※ 受付に関する問い合わせ先

神奈川県国民健康保険団体連合会

審査部審査第二課

電話番号：045 (329) 3422

## 2. 診療（調剤）報酬請求書及び明細書の編綴方法について

①例月の請求（当該月分の請求）の場合について、次のとおりお願いいたします。

質 問	回 答
Q 1 請求書関係の編綴	A 1 「一般」、「退職」の各制度ごとの請求書区分の順に編綴。（別紙編綴方法を参照。） 後期高齢者医療は別様式の請求書を使用。
Q 2 被保険者資格証明書 の明細書（特別療 養費）の提出	A 2 紙明細書を使用し、通常の請求分とは別綴じで提出。 明細書の上部中央の余白に朱書きで「特別療養費」と記入。請求書の添付は不要。
Q 3 保険者の編綴の順	A 3 原則として貴機関が所在する保険者を一番上に綴じて、あとは保険者番号順に編綴。 後期高齢者医療については市町村ごとではなく、都道府県ごとに編綴。
Q 4 入院と入院外の請 求	A 4 原則として、入院と入院外を分けて保険者ごとの請求書で編綴。 協力依頼として、病院においては、入院と入院外を別々の請求書で編綴するようお願いいたします。 後期高齢者医療も同様。
Q 5 公費併用分の編綴	A 5 各制度及び請求区分単位に公費負担者番号の昇順に編綴。 後期高齢者医療も同様。
Q 6 神奈川県内分と県 外分の編綴	A 6 県内分と県外分は別綴じにし輪ゴム等でまとめる。 保険者番号が 14 から始まるものは県内分、それ以外は県外分として別に綴じる。 後期高齢者医療も同様。

**②月遅れ請求（返戻分等）がある場合、次のとおりお願いいたします。**

質 問	回 答
Q 1 月遅れ請求分や返戻分の再請求	A 1 通常の請求分にあわせ各請求区分の明細書の上に入れて請求。 後期高齢者医療も同様。
Q 2 複数月の請求	A 2 月遅れ請求分が月単位で複数月ある場合も、保険者単位にまとめて請求。 後期高齢者医療も同様。

**③県外分保険者の場合、次のとおりお願いいたします。**

質 問	回 答
Q 1 県外分の保険者の編綴	A 1 神奈川県分とは別に綴じ、保険者番号「01 県番から47 県番」の順に編綴。

**④その他について、次のとおりお願いいたします。**

質 問	回 答
Q 1 台紙について	A 1 明細書を保護・補強するために厚紙を明細書の一番下に入れて綴じる。

# 国保診療（調剤）報酬請求書及び明細書の編綴方法

国民健康保険及び後期高齢者医療に係る診療報酬請求書等の編綴方法は、次のとおり編綴してください。

注1. 後期高齢者医療の請求書は県単位で1枚となります。

注2. 明細書の編綴の順は請求書区分の順序とします。

国保（保険者単位）  
請求書（白色）

一般被保険者			7割		入院 明細書
			7割		外来 明細書
七〇歳以上	7割		入院 明細書		
	7割		外来 明細書		
	8割		入院 明細書		
	8割		外来 明細書		
	8割		入院 明細書		
	8割		外来 明細書		
退職者	本人		7割	入院 明細書	
	本人		7割	外来 明細書	
	被扶養者六歳未満		8割	入院 明細書	
			8割	外来 明細書	

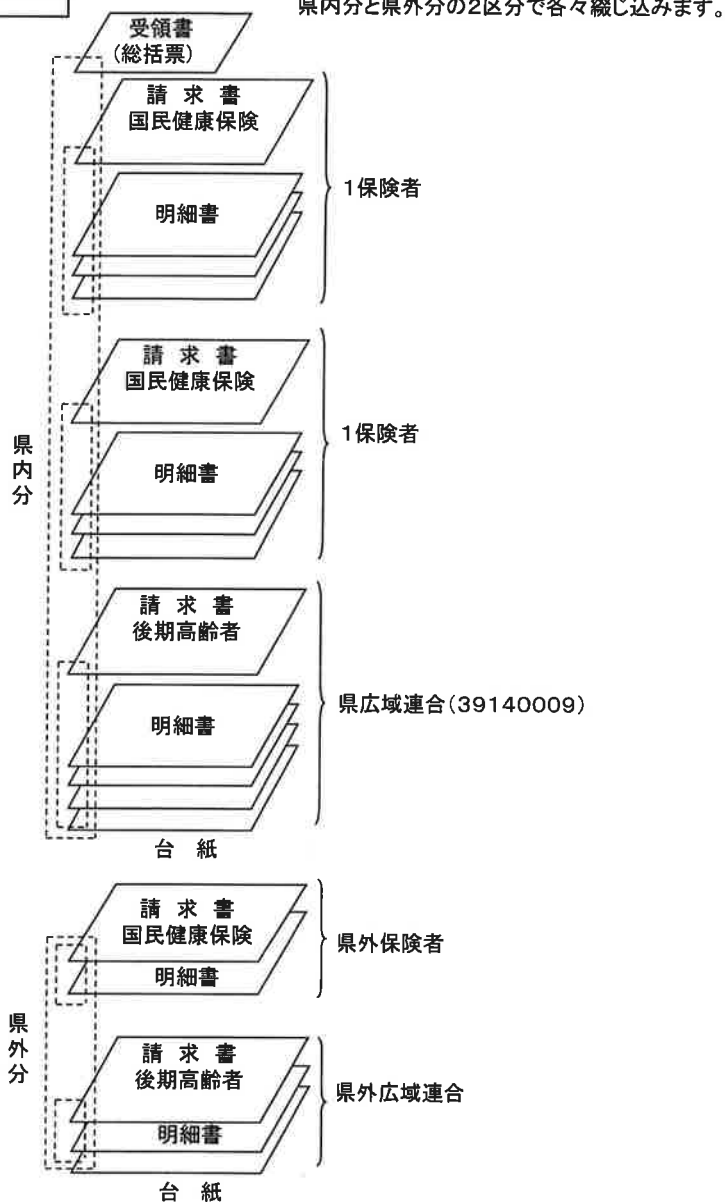
保険者ごとにひも綴じ

後期高齢者医療（県単位）  
請求書（白色）

後期高齢			7割		入院 明細書
			7割		外来 明細書
一般・低所得	7割		入院 明細書		
	7割		外来 明細書		

県単位でひも綴じ

## 編綴方法



※病院関係の請求に関しましては、入院分・外来分を分けて、請求書を添付。  
※連合会への提出時は県内分と県外分を輪ゴムでとめる。

### <留意事項>

1. 受領書（総括票）の集計は、国民健康保険分と後期高齢者医療分を合算し記載。
2. 特別療養費の明細書は別に綴じ、受領書及び請求書には件数・点数等は合算しない。
3. 旧総合病院の請求は、診療科別に分けず、保険者単位で内外別に請求書・明細書を編綴。



### 3. 診療（調剤）報酬受付受領書（総括票）の記載について

受領書（総括票）の記載について、次のとおりお願いいたします。

質 問	回 答
Q 1 受領書（総括票）の 保険者数の欄	A 1 原則として請求書の枚数を記入。
Q 2 受領書（総括票）の コンピュータ印字	A 2 国保連合会で配布しているものに印字をしていただくか、配布物同様に作成し、サイズも合わせてご使用ください。なお、一枚目と二枚目以降の内容が異なりますので、コンピュータ印字をされる場合は、ご注意ください。
Q 3 調剤薬局の処方せん 受付回数	A 3 医保・国保・後期高齢の合算回数を記載。
Q 4 前月未提出等の理由により 月遅れ分の請求がある場合	A 4 医療機関（調剤薬局）単位に1組にまとめる。
Q 5 電子レセプト（媒体）の請求の受領書 （総括票）の件数・保険者数等	A 5 電子レセプトの件数、点数を記入。 （なお、月遅れの紙レセプトがある場合は、その件数を含め記入。） 保険者数は、請求する保険者の数を記入。
Q 6 オンライン請求の 受領書（総括票）	A 6 原則として、受領書（総括票）は必要ありませんが、返戻等の紙レセプト請求がある場合は、紙レセプト分だけを受領書（総括票）へ記入。
Q 7 被保険者資格証明書 の明細書（特別療養費）がある場合	A 7 被保険者資格証明書の明細書（特別療養費）分は請求書の記載がありませんので、受領書（総括票）への記入は不要。

※「受領書（総括票）」は本会ホームページからダウンロードできます。

<http://kanagawa-kokuho.or.jp>

「保険医療機関・保険調剤薬局のみなさまへ」⇒「提出書類のダウンロード」⇒  
「診療（調剤）報酬請求関係」⇒「診療報酬受領書（総括票）」

## 診療（調剤）報酬受付受領書（総括票）の記載要領

「診療（調剤）報酬受付受領書（総括票）」（以下「受領書」）の記載について、次のとおりお願いします。

- 1 受領書は毎月提出する診療（調剤）報酬を総括して記載。
- 2 返戻明細書を再提出するときは、上記1の当月提出分とあわせる。
- 3 受領書の作成は、各番号の箇所に沿って記載。
  - ①提出する診療報酬明細書の年月分（診療月）を記載。  
（複数月分の請求がある場合、通常の診療月を記載）
  - ②医療機関コード又は薬局コード（7桁）を記載。
  - ③該当する点数表を○で囲む。
  - ④保険者単位に添付した請求書の枚数を記載。（県外分も含む。）
  - ⑤国民健康保険の入院・入院外の件数及び点数を記載。
  - ⑥後期高齢者医療の入院・入院外の件数及び点数を記載。
  - ⑦国民健康保険及び後期高齢者医療の各入院・入院外の件数及び点数の合計を記載。
  - ⑧国民健康保険及び後期高齢者医療の食事・生活療養費の件数及び金額の合計を記載。
  - ⑨調剤薬局の当該月に受付した処方せんの回数（枚数）を記載。

令和 年 月分診療（調剤）報酬受付受領書 (神奈川県国民健康保険団体連合会)					
保険医療機関番号	①		③	点数表区分	1. 医科 ※
	②				3. 歯科 受
					4. 調剤 付
					6. 訪問 印
請求	④	区分	件数	点数(金額)	備考
	国保	1. 入院	⑤		
		2. 入院外			
	後期	3. 入院	⑥		
		4. 入院外			
	計	入院	⑦		
入院外					
5. 食事生活	⑧		円	処方せん受付回数 ⑨ 回	

注 1) この受領書は国保連合会へ診療（調剤）報酬請求をされる場合に添付して下さい。  
 2) 保険者数の欄は、保険者毎の明細書に添付された請求書の枚数を記入して下さい。  
 3) ※印は記入しないで下さい。  
 4) 訪問看護療養費の点数欄は、金額を記入して下さい。  
 5) この用紙は3枚で1組です。

## 4. 診療（調剤）報酬請求書の記載について

①請求書の作成について、次のとおりお願いいたします。

質 問	回 答
Q 1 令和 年 月分診療報酬請求書の記載	A 1 当月分(通常請求分)の年月を記入。 月遅れ分や返戻分を入れて一緒に請求。
Q 2 保険者番号の記載	A 2 保険者の名称ではなく保険者番号を記載。 ただし、退職者医療「67」の記載は不要。
Q 3 横浜市、川崎市、相模原市の請求(国保分)	A 3 各区毎ではなく、 横浜市は「144006」、 川崎市は「145003」、 相模原市は「146001」の代表番号でまとめて請求。
Q 4 医療機関番号の変更	A 4 新・旧医療機関番号での請求は、それぞれ別に綴じて請求。
Q 5 請求書の色	A 5 国保・後期とも白色の用紙を使用。
Q 6 異なる点数表の請求書は使用できるか	A 6 異なる点数表の請求書は使用不可。
Q 7 請求書の数値の訂正方法	A 7 横線を引き、抹消した上段に正しい数値を記載。 修正液は使用不可。
Q 8 請求書を国民健康保険と後期高齢者医療とで兼用して使用できるか	A 8 不可、それぞれ専用の請求書を使用。

※「診療（調剤）報酬請求書」は本会ホームページからダウンロードできます。

<http://kanagawa-kokuho.or.jp>

「保険医療機関・保険調剤薬局のみなさまへ」⇒「提出書類のダウンロード」⇒

「診療（調剤）報酬請求関係」⇒「医科・歯科「国保・後期」診療報酬請求書」「調剤

「国保・後期」診療報酬請求書」

Q 9 後期高齢者医療の保険者番号	A 9 各都道府県ごとの後期高齢者医療広域連合コード(代表番号)を記載。 請求書上に「39」の番号が印字されていますので、6桁の番号を記入して都道府県ごとに請求書1枚で請求。(項番11.一覧表 → 「都道府県コード一覧」を参照)
-------------------	---

Q10 旧総合病院の請求方法	A10 診療科ごとではなく入院外来別（保険者別、後期は県単位）で一括にして請求。
----------------	---

②請求区分の集計は次のとおりお願いいたします。

質 問	回 答
Q 1 請求書の各請求区分の集計方法	A 1 請求書の記載方法を参照。
Q 2 公費併用（乳81・親85等）の請求	A 2 該当給付欄で請求し、再掲欄に件数を記載。
Q 3 6歳未就学者の請求方法	A 3 6歳未就学者は8割欄「81」「82」「87」「88」区分で請求。 その他通常の6歳就学者以上は7割請求。
Q 4 他県被保険者等で給付割合不明の場合	A 4 被保険者証の給付割合欄を再確認の上請求。
Q 5 障害の請求方法	A 5 該当給付欄で請求し、再掲欄に件数を記載。 再掲欄「障老健」コード「80」に該当レセプトの件数を記載。 (区分 01, 02, 05, 06, 07, 08 は使用不可)  ※ 県外保険者の障害は請求不可(償還払い) (但し、全国土木 133033、全国建設工事業 133298 は請求可)
Q 6 平成20年4月以降の退職者の請求	A 6 平成20年4月診療分以降は制度改正により65歳以上の退職者の該当が無くなりましたので請求は不可。

<p>Q 7 特例措置対象被保険者（指定公費）</p>	<p>A 7 平成26年4月1日までに満70歳の誕生日を迎えた方の中で、70歳以上75歳未満の8割給付の方が対象で、2割の患者負担のうち原則1割を指定公費から支払いし、1割を患者負担とする軽減措置。平成26年4月2日以降に誕生日を迎える方は2割を患者負担とする。</p> <p>請求書は70歳以上の8割欄「61」「62」区分で請求。</p>
-----------------------------	--

③再掲欄の記載について、次のとおりお願いいたします。

質 問	回 答
<p>Q 1 法別名「<b>障</b>老健」コード「80」に記載するもの</p>	<p>A 1 一般被保険者及び退職者の障害者「公費 80」の件数を記載。</p>

# 国民健康保険診療報酬請求書（医科・歯科）の記載要領

① 令和 年 月分診療報酬請求書（医科・歯科）

② 保険者  殿 診療科 ④ 医療機関コード  ⑤

下記のとおり請求する。

③ 令和 年 月 日 ⑥ 保険医療機関の所在地及び名称 開設者氏名

国民健康保険

区分	療養の給付				※療養の決定				食事療養・生活療養					
	件数	実日数	点数	一部負担金	件数	実日数	点数	一部負担金	区分	件数	回数	金額	標準負担額	
一般被保険者	7入院	11							13					
	7入院外	⑦												
	障害入院	01								03				
	障害入院外	⑧												
70歳以上	7入院	51							53					
	7入院外	⑨												
	8入院	61								63				
	8入院外	⑩												
65未満	8入院	81							83					
	8入院外	⑪												
本人	7入院	15							14					
	7入院外	⑫												
	障害入院	05								04				
	障害入院外	⑬												
	7入院	55								54				
	7入院外	⑭												
9入院	65							64						
9入院外	⑮													
被扶養者	7入院	17							19					
	7入院外	⑯												
	障害入院	07								09				
	障害入院外	⑰												
65未満	8入院	87							89					
	8入院外	⑱												
老人保健	7入院	75							74					
	7入院外	⑲												
	9入院	77								79				
	9入院外	⑳												

再掲（公費）	法別名	コード	件数	法別名	コード	件数	法別名	コード	件数	法別名	コード	件数	再掲（特記事項）	法別名	コード	件数
	結核	10		麻薬	22		小慢	52		成・成せ	89		公	01		
	命入	11		母子	23		児福	53					長	02		
	更生	15		療介	24		石綿	66					長 姉	03		
	育成	16		感染	28		障施	79					減免	08		
	療育	17	⑳	新感染	29	㉑	障老健	80	㉑				原老健	13	㉒	
	原爆	19		肝炎	38		乳	81					経過	15		
	措入	20		老人	41		親	85					長 ㉓	16		
	精通	21		特定	51		せ	88					二割	20		

1. 公費は、入外・一般・退職者・老人保健を合算して記入してください。
2. 再掲欄の⑳欄は、公費の㉓を含めて記入してください。
3. ※欄は記入しないでください。

※増減 91  ※返戻 92

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

平成二十年四月改正

## 記載要領

- ①診療年月を記載。(診療年月の異なるレセプトがある場合には、返戻分の再請求等も当月の請求と合わせて提出)
- ②請求先保険者番号を記載。
- ③提出年月日を記載。
- ④使用しません。
- ⑤定められた医療機関コード、7桁を記載。
- ⑥保険医療機関の所在地・名称・開設者の氏名(保険医療機関指定申請時に関東信越厚生局神奈川事務所に届出したもの)を記載。

## 一般被保険者

- ⑦7割欄(11・12区分)  
6歳就学者以上から70歳未満の7割給付該当レセプトを集計。
- ⑧障害欄(01・02区分)  
使用しません。
- ⑨前期高齢者7割欄(51・52区分)  
70歳以上の7割給付該当レセプトを集計。
- ⑩前期高齢者8割欄(61・62区分)  
70歳以上の8割給付該当レセプトを集計。
- ⑪六歳未満8割欄(81・82区分)  
6歳未満就学者の8割給付該当レセプトを集計。

## 退職者

(平成26年度までの間65歳未満の退職者が対象)

- ⑫本人7割欄(15・16区分)  
㊦本人分レセプトを集計。
- ⑬本人障害欄(05・06区分)  
使用しません。

- ⑭㊧前期高齢者7割欄(55・56区分)  
使用しません。
- ⑮㊨前期高齢者9割欄(65・66区分)  
使用しません。
- ⑯被扶養者7割欄(17・18区分)  
㊩家族分レセプトを集計。
- ⑰被扶養者障害欄(07・08区分)  
使用しません。
- ⑱㊪六歳未満8割欄(87・88区分)  
㊫6歳未満就学者の8割給付該当レセプトを集計。

## 老人保健

- ⑲7割欄(75・76区分)  
使用しません。
- ⑳9割欄(77・78区分)  
使用しません。

## 再掲欄

- ㉑法別コード10(結核)から89(成人ぜん息患者)までに該当する公費負担医療に係る件数を再掲。  
㊬老健80については、各区分と㊭との併用レセプトの件数を再掲。
- ㉒特記事項表示分の再掲  
01 公  
02 長  
03 長処  
08 減免  
13 原 ← 使用しません  
15 経過 ← 使用しません  
16 長2  
20 二割

各該当レセプトの件数を再掲。

## 食事・生活療養費

- ㉓各区分の入院にかかる食事・生活療養費の件数～標準負担額を集計。

# 後期高齢者医療診療報酬請求書（医科・歯科）の記載要領

① 令和 年 月分診療報酬請求書（医科・歯科）

② 広域連合 39      殿 診療科  医療機関コード  ⑤

下記のとおり請求する。

③ 令和 年 月 日

④  ⑥  
 保険医療機関の  
 所在地及び名称  
 開設者氏名

## 後期高齢者医療

区分	療養の給付				食事療養・生活療養				
	件数	実日数	点数	一部負担金	区分	件数	回数	金額	標準負担額
7 後期高齢者割	請求入院	75	⑦			74			
	請求入院外	76							
	※決定入院	75							
	※決定入院外	76							
一般・低所得後期高齢者	請求入院	77	⑧			79			
	請求入院外	78							
	※決定入院	77							
	※決定入院外	78							

再掲（公費）	法別名	コード	件数	法別名	コード	件数	法別名	コード	件数	法別名	コード	件数	再掲（特記事項）
	結核	10	}	療介	24	}	障施	79	}				
命入	11	感染		28	障害		80						
更生	15	}	新感染	29	}	親	85	}					}
原爆	19		⑨	肝炎		38	⑨		親・戚	89	⑨		
措入	20	}	特定	51	}			}					}
精通	21		児福	53									
麻薬	22	}	石綿	66	}			}					}

備考

- 公費は7割・9割を合算して記入してください。
- 再掲欄の(長)欄は、公費の(長)を含めて記入してください。
- ※欄は記入しないでください。

※増減 91  ※返戻 92

※高額療養費 件数  金額  円

平成二十年四月改正



## 記載要領

- ①診療年月を記載。(診療年月の異なるレセプトがある場合には、返戻分の再請求等も当月の請求と合わせて提出)
- ②請求先保険者番号を県単位で記載。(神奈川県後期高齢者医療広域連合の番号は“140009”)※保険者番号は「14. 一覧表 → 都道府県コード一覧」を参照。
- ③提出年月日を記載。
- ④使用しません。
- ⑤定められた医療機関コード、7桁を記載。
- ⑥保険医療機関の所在地・名称・開設者の氏名(保険医療機関指定申請時に関東信越厚生局神奈川事務所に届出したもの)を記載。

## 後期高齢者

- ⑦7割欄(75・76区分)  
後期高齢者で7割給付該当レセプトを集計。
- ⑧一般・低所得欄(77・78区分)  
後期高齢者で8割・9割給付該当レセプトを集計。

## 再掲欄

- ⑨法別コード10(結核)から89(成人ぜん息患者)までに該当する公費負担医療に係る件数を再掲。後期高齢者と原爆⑨の併用は、法別コード19に記載。
- ⑩特記事項表示分の再掲
  - 01 公
  - 02 長
  - 03 長処
  - 08 減免
  - 15 経過 ← 使用しません
  - 16 長2

## 食事・生活療養

- ⑪各区分の入院にかかる食事・生活療養費の件数～標準負担額を集計。

# 国民健康保険調剤報酬請求書の記載要領

① 令和 年 月分調剤報酬請求書

② 保険者  殿

薬局コード  ④

下記のとおり請求する。

保険薬局の  
所在地及び名称

③ 令和 年 月 日

開設者氏名  ⑤

区分		件数	処方箋受付回数	点数	備考	
国民健康保険	一般被保険者	請求 7割 12 (6)			(22)	
		障害 02 (7)				
		※決定 7割 12				
		障害 02				
		請求 7割 52 (8)				
		8割 62 (9)				
	七〇歳以上	※決定 7割 52				
		8割 62				
	六歳未満	請求 8割 82 (10)				
		※決定 8割 82				
	本人	請求	7割 16 (11)			
			障害 06 (12)			
		※決定	7割 16			
			障害 06			
	七〇歳以上	請求 7割 56 (13)				
		9割 66 (14)				
		※決定 7割 56				
		9割 66				
被扶養者	請求	7割 18 (15)				
		障害 08 (16)				
	※決定	7割 18				
		障害 08				
六歳未満	請求 8割 88 (17)					
	※決定 8割 88					
老人保健	請求	7割 76 (18)				
		9割 78 (19)				
	※決定	7割 76				
		9割 78				

再掲(公費・特記事項)	法別名	コード	件数	法別名	コード	件数	法別名	コード	件数
	結核	10	(20)	母子	23	(20)	石綿	66	(20)
	更生	15		肝炎	38		⑩老健	80	
	育成	16		老人	41		㊦	81	
	療育	17		特定	51		㊧	85	
	原爆	19		小慢	52		㊨	88	
	精通	21		児福	53		成・成せ	89	
	㊩	02	(21)	㊰老健	13	(21)	二割	20	(21)
	減免	08		㊱	16				

※増減  91

※返戻  92

1. 公費は、一般・退職者・老人保健を合算して記入してください。
2. 再掲の㊩欄は、公費の㊩を含めて記入してください。
3. ※欄には記入しないでください。

※高療費	金額	一般被保険者	件数	金額	円	退職者	件数	金額	円
------	----	--------	----	----	---	-----	----	----	---

平成二十年四月改正

## 記載要領

- ①調剤年月を記載。(調剤年月の異なるレセプトがある場合には、返戻分の再請求等も当月の請求と合わせて提出)
- ②請求先保険者番号を記載。
- ③提出年月日を記載。
- ④定められた薬局機関コード、7桁を記載。
- ⑤保険薬局の所在地・名称・開設者の氏名(保険薬局指定申請時に関東信越厚生局神奈川事務所に届出したもの)を記載。

### 一般被保険者

- ⑥7割欄(12区分)  
6歳就学者以上から70歳未満の7割給付該当レセプトを集計。
- ⑦障害欄(02区分)  
使用しません。
- ⑧前期高齢者7割欄(52区分)  
70歳以上の7割給付該当レセプトを集計。
- ⑨前期高齢者8割欄(62区分)  
70歳以上の8割給付該当レセプトを集計。
- ⑩六歳未満8割欄(82区分)  
6歳未満就学者8割給付該当レセプトを集計。

(平成26年度までの間65歳未満の退職者が対象)

### 退職者

- ⑪本人7割欄(16区分)  
⑬本人分レセプトを集計。
- ⑫本人障害欄(06区分)  
使用しません。

⑬⑭前期高齢者7割欄(56区分)  
使用しません。

⑭⑮前期高齢者9割欄(66区分)  
使用しません。

⑮被扶養者7割欄(18区分)  
⑯家族分レセプトを集計。

⑯被扶養者障害欄(08区分)  
使用しません。

⑰六歳未満8割欄(88区分)  
⑱6歳未満就学者の8割給付該当レセプトを集計。

各該当区分の備考欄

高額療養費の外來現物給付化に伴う「保険欄の「一部負担金」を集計

### 老人保健

⑱7割欄(76区分)  
使用しません。

⑲9割欄(78区分)  
使用しません。

### 再掲欄

⑳法別コード10(結核)から89(成人ぜん息患者)までに該当する公費負担医療に係る件数を再掲。  
㉑老健80については、各区分と㉒との併用レセプトの件数を再掲。

㉒特記事項表示分の再掲

02 長

08 減免

13 原(老健被爆者) ← 使用しません

16 長②

20 二割

### 共通

㉓高額療養に伴う一部負担金の記載について各該当区分の備考欄に記載。

# 後期高齢者医療調剤報酬請求書の記載要領

① 令和 年 月 分調剤報酬請求書

② 広域連合 39      殿

薬局コード  ④

下記のとおり請求する。

保険薬局の  
所在地及び名称

③ 令和 年 月 日

開設者氏名

⑤

**後期高齢者医療**

区 分			件 数	処方箋受付回数	点 数	備 考
後期高齢者医療	請 求	7 割	76	⑥		} ⑩
		般・低所得	78	⑦		
	※決定	7 割	76			
		般・低所得	78			

	法別名	コード	件 数	法別名	コード	件 数	法別名	コード	件 数	法別名	コード	件 数		
	再掲 (公費)	結核	10	} ⑧	石綿	66	} ⑧							
更生		15	障害		80									
原爆		19	親		85									
精通		21	成・成せ		89									
肝炎		38												
特定		51												
見福		53												

再掲(特記事項)

1. 公費は7割・9割を合算して記入してください。
2. 再掲の(公)欄は、公費の(成)を含めて記入してください。
3. ※欄には記入しないでください。

※増減 91  ※返戻 92

※高額療養費	件数
	金額 <input type="text"/> 円

平成二十年四月改正

## 記載要領

- ①調剤年月を記載。(調剤年月の異なるレセプトがある場合には、返戻分の再請求等も当月の請求と合わせて提出)
- ②請求先保険者番号を県単位で記載。(神奈川県後期高齢者医療広域連合の番号は“140009”)  
※保険者番号は「14.一覧表 → 都道府県コード一覧」を参照。
- ③提出年月日を記載。
- ④定められた薬局機関コード、7桁を記載。
- ⑤保険薬局の所在地・名称・開設者の氏名(保険薬局指定申請時に関東信越厚生局神奈川事務所に届出したもの)を記載。

## 後期高齢者

- ⑥7割欄(76区分)  
後期高齢者で7割給付該当レセプトを集計。
- ⑦一般・低所得欄(78区分)  
後期高齢者で8割・9割給付該当レセプトを集計。
- ⑩各該当区分の備考欄  
高額療養費の外来現物給付化に伴う「保険」欄の「一部負担金」を集計

## 再掲欄

- ⑧法別コード10(結核)から89(成人ぜん息患者)までに該当する公費負担医療に係る件数を再掲。  
後期高齢者と原爆⑨の併用は、法別コード19に記載。
- ⑨特記事項表示分の再掲
  - 01 公
  - 02 長
  - 08 減免
  - 16 長②

## 5. 明細書の記載について

### ①給付割合等の記載について、次のとおりお願いいたします。

質 問	回 答
Q 1 明細書の各項目の記入	A 1 明細書記載方法を参考。
Q 2 6歳未就学者の給付割合	A 2 6歳未就学者は基本給付8割で請求。 公費併用の場合も同様。
Q 3 公費併用分の給付割合	A 3 法定給付（7割・8割・9割）の表示。 患者からの一部負担金の徴収（窓口負担）がなくても10割の表示は誤り。

### ②「保険種別」及び「本人・家族区分」の記載について、次のとおりお願いいたします。

質 問	回 答
Q 1 6歳未就学者の場合の「本人・家族区分」	A 1 入院の「3六入」又は入院外の「4六外」の記載。
Q 2 国保組合の本人で前期高齢者医療の場合の「本人・家族区分」の記載	A 2 70歳以上の方は、「本人・家族」の区分ではなく、給付割合により 入院は「7高入一」又は「9高入7」 入院外は「8高外一」又は「0高外7」の記載。
Q 3 後期高齢者医療の場合の「本人・家族区分」	A 3 「本人・家族」の区別ではなく、給付割合により 入院は「7高入一」又は「9高入7」 入院外は「8高外一」又は「0高外7」の記載。

### ③特記事項の記載について、次のとおりお願いいたします。

質 問	回 答
Q 1 特記事項に記載するコードと記載方法	A 1 「特記事項」を参照。 記載方法はコードと略称を特記事項欄に記載。
Q 2 障害請求の場合	A 2 特記欄の記入は不要。

<p>Q 3 後期高齢者医療で原爆医療給付の併用</p>	<p>A 3 「公費負担者番号①」に「19～」と受給者番号を記載する。 特記事項に「13」の記載は不要。</p>
<p>Q 4 高額長期疾病（後期高齢者医療を含む）の記載</p>	<p>A 4 特記事項欄に「02」(長)の記載が必要。 長処の場合は「03」(長処) 人工透析を要する70歳未満の上位所得者(2万円)は「16」(長2)</p>
<p>Q 5 75歳到達月に関する自己負担額特例について</p>	<p>A 5 被保険者本人が後期高齢者医療に移行することにより月途中で保険が変わる家族も同様に移行前後でそれぞれ高額限度額が2分の1となります。 ただし、誕生日前に死亡した場合は対象外です。</p> <p>①本人の場合 国保等から後期高齢者医療制度に移行する月においての高額計算は制度移行前後の保険制度で高額限度額がそれぞれ2分の1の計算になります。</p> <p>※ 1日生まれの方は月途中の加入はないので2分の1対象外</p> <p>②家族の場合 ①の移行に伴い、被用者保険等の家族の保険が移行したときも高額限度額がそれぞれ2分の1の計算になりますが、この時、特記事項に「21高半」の記載が必要です。</p>

④公費併用明細書の記載方法について、次のとおりお願いいたします。

質 問	回 答
Q 1 公費併用明細書記載上の注意点	A 1 公費負担者番号、受給者番号、特定疾病における公費対象点数、患者負担額等の記載漏れはないか。また、給付割合の表記が正しくなっているか等を確認。 ※10割給付の表示は誤りで法定給付の割合を表示。
Q 2 二つの公費負担者番号を持っている場合の公費の請求	A 2 三者併用として請求。 第一公費及び第二公費に係る公費対象点数の記載が必要。 各公費が負担する項目（一部負担金等）の記載漏れのないよう注意。 ※該当公費の対象点数等が無い場合は、当該公費は併用としない。
Q 3 月の途中から公費併用になった場合の明細書の記載	A 3 公費対象日数・点数の記載が必要。 ※公費対象診療行為、薬剤等の明示と点数の再掲が必要
Q 4 保険者によって請求できない公費	A 4 ・ 県外保険者では地方単独事業（公費・81・85・80等）は請求不可。（但し、全国土木 133033 と全国建設工事業 133298 は請求可） ・ 川崎市の公害は、川崎市内の医療（薬局）機関のみ取り扱い。



⑤その他について、次のとおりお願いいたします。

質 問	回 答
<p>Q 1 月の途中で次の変更があった場合</p> <p>① 保険者番号が変更の場合</p> <p>② 被保険者証の番号が変更の場合</p>	<p>A 1 原則として次のとおり。</p> <p>① 保険者番号が変更の場合は、それぞれの期間ごとに明細書を作成し請求する。 ただし、国保の区間異動（横浜市、川崎市、相模原市内の転居）の場合や後期高齢者医療で県内市区町村間異動（県内の転居）の場合で、給付割合に変更が無い場合は、変更後の保険者番号を記載して1枚で請求する。 ※令和3年9月診療分から、オンライン資格確認等システムにおける審査支払機関での振替・分割処理の実施に伴い、レセプトが行政区（後期高齢者の場合は県内市区町村）毎に分割される場合がありますが、区間異動の場合の請求方法としては、これまでどおり、変更後の保険者番号による1枚での請求で問題ないことを神奈川県及び神奈川県後期高齢者広域連合と確認しております。 なお、オンライン資格確認等システムを導入されている医療機関等において、資格確認結果により行政区（後期高齢者の場合は県内市区町村）毎にレセプトが作成された場合は、1枚にまとめずに行政区毎で請求していただいて問題ありません。</p> <p>② 被保険者証の番号が変更された場合で、給付割合に変更がなく、変更前後にそれぞれ受診がある場合は、変更後の被保険者証の番号を記載して1枚で請求する。 ※保険者における高額療養費の支給は世帯（世帯主）単位で行うとされていることから、上記により1枚で請求されたレセプトについては、保険者から変更前後の請求点数の振分けのお問い合わせをします。</p>

③ 保険種別の変更がある場合	③ 保険種別の変更があった場合は、明細書はそれぞれの種別で期間ごとに明細書を作成し請求する。
Q 2 前期高齢者医療及び後期高齢者医療で一部負担金の記載が必要な場合	A 2 前期高齢者医療と後期高齢者医療の入院レセプト及び高額療養費が現物給付された入院外レセプトについて記載。
Q 3 画像フィルムの添付	A 3 画像フィルムの添付をする場合は、当該明細書に添付。(添付する場合は事前に連絡をお願いします。) 審査後に郵送にて返送。
Q 4 歯科の公費の未来院明細書の一部負担金の記載	A 4 未来院でも公費の一部負担金の記載は必要。
Q 5 歯科の公費 19、21、51について	A 5 「19」については「原爆医療に係る歯科明細書の記載について」を参照。 「21」は対象外。 「51」は病院以外は、原則として公費対象外。但し、県との契約医療機関に限り現物給付がなされる。
Q 6 負担金が減額される患者の場合の表示	A 6 負担金額等の減免又は支払が猶予される事例は該当給付欄で請求し、再掲欄に件数を記載。減額については、該当の減額割合又は減額される金額を記載し、該当の割・円を○で囲むこと。また、同様に免除・支払猶予の場合も該当を○で囲むこと。  限度額認定証が提示された場合 70歳未満の方は、特記に 26・27・28・29・30 を記載。  入院分は「Ⅰ」または「Ⅱ」を○で囲み、入院外分で高額療養費が現物給付された者に限り、「摘要」欄に「低所得Ⅰ」または「低所得Ⅱ」を記載すること。
Q 7 「減免」の請求の方法	A 7 医科・歯科の場合は明細書に「減免証明書等」を添付し請求。  調剤の場合は「減免証明書等」のコピーを添付し請求。(相模原市は調剤もコピーではなく原本を添付) 請求書の右下の減免 08 に再掲。  ※震災等の「災 1」は「減免証明書等」の添付は不要。

<p>Q 8 請求済明細書の請求漏れ部分の追加請求</p>	<p>A 8 一部未請求部分の追加請求の取り扱いは不可。 当初請求された明細書を取り下げし、返戻された後に明細書を訂正したうえで再請求。</p>
<p>Q 9 後期高齢者で自己負担限度額特例対象外の方</p>	<p>A 9 75歳到達以前から後期高齢者医療の認定を受けている寝たきり老人の対象者(65歳～74歳)は自己負担額特例(自己負担限度額2分の1)の対象外 「負担金額」もしくは「一部負担金額」欄に金額を記載する場合には、「摘要」欄に(障害)と記載する。</p>
<p>Q10 DPC と出来高のレセプトを1枚の請求書にまとめて請求可能か。</p>	<p>A10 DPC と出来高のレセプトについては、各々に請求書を添付して請求。</p>
<p>Q11 労災等で入院中に労災以外の診療等が発生した場合のレセプト請求について。</p>	<p>A11 レセプトは入院分を使用し、一部負担金については、外来分として取り扱う。</p>

# 診療報酬明細書（入院）の記載要領

④  
ア イ ウ

**診療報酬明細書**  
(医科入院)

平成 年 月 分

都道府県番号 ② 医療機関コード ③

1 社・国 2 公費 3 後期 4 退職	1 単独 2 2併 3 3併	1 本人 3 六人 5 家人 7 高入	1 本人 3 六人 5 家人 7 高入
-------------------------------	----------------------	------------------------------	------------------------------

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	保険者番号 <span style="font-size: 1.5em;">⑤</span>	縮付割合 10 9 8 7 ( ) <span style="font-size: 1.5em;">⑥</span>
被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号 <span style="font-size: 1.5em;">⑦</span>					

区分	精神	結核	療養	特記事項	保険医療機関の所在地及び名称
氏名	1男 2女 1明 2大 3昭 4平 生 職務上の事由 1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害				(診療科) (1) 年 月 日 (2) 年 月 日 (3) 年 月 日
傷病名					

11 初診	時間外・休日・深夜	回	点	公費分点数
13 医学管理				
14 在宅				
20 投薬	21 内服	服	単位	
	22 心臓	服用	単位	
	23 外科	用	単位	
	24 薬剤	日		
	26 麻薬	日		
	27 毒薬	日		
30 注射	31 皮下	回		
	32 筋内	回		
	33 その他の	回		
40 処置	薬	劑		
50 手術	術			
60 検査	薬	劑		
70 画像	薬	劑		
80 その他	薬	劑		

90 入院	入院年月日	年 月 日	点
	90 入院基本料・加算	× 日間	
		× 日間	
		× 日間	
		× 日間	
	92 特定入院料・その他		

97 高額療養費	円	×	回	公費負担点数	点
食事・生活	円	×	回	公費負担点数	点

15 療養の公費負担	請求	点	決定	点	負担金額	円	請求	円	決定	円	(標準負担額)	円
	(ア)											
	(イ)											
	(ウ)											

備考 1. この用紙は、日本工業規格A4判4番とすること。  
 2. ※印の欄は、記入しないこと。

⑧  
⑨  
⑩  
⑪  
⑫  
⑬  
⑭  
⑮  
⑯

様式第二(一)

## 記載要領

①診療年月を記載。

②都道府県番号“14”を記載。

③医療機関コード7桁を記載。

④「保険種別1・2」及び「本人・家族」欄については

⑦保険種別1…国民健康保険は「1」後期高齢者医療は「3」退職者医療は「4」を記載。

⑧保険種別2…単独分「1」公費併用「2」三者併用「3」を記載。

⑨本人・家族区分…

本人入院→1 本人				
未就学入院→3 六入				
家族入院→5 家入				
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="padding: 2px;">前期高齢者 8割入院</td> <td rowspan="2" style="font-size: 2em; padding: 0 10px;">}</td> <td rowspan="2" style="padding: 2px;">7 高入一</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">後期高齢者医療 8割・9割入院</td> </tr> </table>	前期高齢者 8割入院	}	7 高入一	後期高齢者医療 8割・9割入院
前期高齢者 8割入院	}			7 高入一
後期高齢者医療 8割・9割入院				
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="padding: 2px;">前期高齢者</td> <td rowspan="2" style="font-size: 2em; padding: 0 10px;">}</td> <td rowspan="2" style="padding: 2px;">7 割入院→9 高入7</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">後期高齢者医療</td> </tr> </table>	前期高齢者	}	7 割入院→9 高入7	後期高齢者医療
前期高齢者	}			7 割入院→9 高入7
後期高齢者医療				

※⑦⑧⑨でそれぞれ該当する箇所に1つだけ○又は番号を記載。

⑤保険者番号について国民健康保険は6桁を、退職者医療及び後期高齢者は8桁を記載。

⑥該当する給付割合を記載。ただし、自県分の国保及び退職者の場合は省略可。

⑦被保険者証の記号と番号を記載。  
後期高齢者については、被保険者証番号を記載。

⑧使用しません。

⑨「公費負担者番号①、②」及び「公費負担医療の受給者番号①、②」は8桁の公費負担者番号と7桁の受給者番号を記載。

⑩区分については入院病棟が次に該当する場合に記載。

01 精神（精神病棟） 02 結核（結核病棟）  
07 療養（療養病棟）

⑪特記事項に該当する場合は、定められたコードを記載。（「特記事項」を参照）

⑫「保険医療機関の所在地及び名称」を記載し、連絡先電話番号があると望ましい。  
旧総合病院については「診療科」を左下隅に表示。

⑬診療実日数は、入院日数を記載する。該当公費負担医療に係る日数がある場合は公費①及び②にその日数を記載。

⑭診療開始日は、当該保険医療機関で保険診療を開始した年月日を和暦により記載。保険種別等の変更があった場合は変更があった日を開始日として記載。

⑮「療養の給付」の欄について  
(ア) 保険欄については合計点数と後期高齢者及び前期高齢者の負担金額を記載。  
(限度額認定証有の70歳未満で高額療養該当者を含む)

(イ) ・ 公費①欄については公費併用（二者併用）レセプトの場合で合計点数と公費対象点数が異点数の場合に記載。  
・ 負担金額は公費に係る金額を記載。  
・ ★一部負担金相当額の一部を公費負担医療が給付するときは、公費負担医療に係る給付対象額を「負担金額」の項の「保険」の項の上段に（ ）で再掲。

(ウ) 公費②欄については、公費併用（三者併用）レセプトの場合で、その対象点数を記載。当該公費に係る負担金額がある場合は（イ）と同様に記載。

⑯「食事・生活療養費」の欄について  
食事・生活療養費がある場合に、回数、食事療養費額、標準負担額を記載。  
公費該当がある場合は、その該当額を記載。

# 診療報酬明細書（入院外）の記載要領

様式第二(二)

**診療報酬明細書**  
(医科入院外)

平成 年 月 分

② 都道府県番号

③ 医療機関コード

④	
ア	イ
1 1 社・国 2 2 公費	3 後期 4 退職
1 単独 2 2 併 3 3 併	2 本外 4 六外 6 家外
8 高外 0 高外7	10 9 8 7 ( )

① 公費負担者番号 ② 公費負担者番号	⑤ 保険者番号 ⑦ 被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号
------------------------	----------------------------------

氏名 1男 2女 1明 2大 3昭 4平 生 職務上の事由 1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害	⑩ 特記事項 ⑪ 保険医療機関の所在地及び名称
--	----------------------------

⑧ 公費負担者番号 ⑨ 公費負担者番号	⑬ 診療開始日 (1) 年 月 日 (2) 年 月 日 (3) 年 月 日
------------------------	--

⑫ 診療終了日 (1) 年 月 日 (2) 年 月 日 (3) 年 月 日	診療内容 1 1 初診 1 2 再診 1 3 医学管理 1 4 在宅 2 0 投薬 3 0 注射 4 0 処置 5 0 手術 6 0 検査 7 0 画像 8 0 その他
--	---

⑭ 保険料 (ア) _____ 円 (イ) _____ 円 (ウ) _____ 円	一部負担金額 _____ 円 減額 割(円) 免除・支払猶予 _____ 円 高率療養費 _____ 円 公費負担点数 _____ 点 公費負担点数 _____ 点
--	--

備考 1. この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。  
 2. ※印の欄は、記入しないこと。

## 記載要領

- ① 診療年月を記載。
- ② 都道府県番号“14”を記載。
- ③ 医療機関コード7桁を記載。
- ④ 「保険種別1・2」及び「本人・家族」欄については
  - ㉔ 保険種別1…国民健康保険は「1」後期高齢者医療は「3」退職者医療は「4」を記載。
  - ㉕ 保険種別2…単独分「1」公費併用「2」三者併用「3」を記載。
  - ㉖ 本人・家族区分…

本人外来→2 本外	
未就学児外来→4 六外	
家族外来→6 家外	
前期高齢者	8割外来
後期高齢者医療	8割・9割外来
} 8 高外 一	
前期高齢者	} 7割外来→0 高外 7
後期高齢者医療	

※㉔㉕㉖でそれぞれ該当する箇所にも1つだけ○又は番号を記載。

- ⑤ 保険者番号について国民健康保険は6桁を、退職者医療及び後期高齢者医療は8桁を記載。
- ⑥ 該当する給付割合を記載。ただし、自県分の国保及び退職者の場合は省略可。
- ⑦ 被保険者証の記号と番号を記載。  
後期高齢者医療については、被保険者番号を記載。
- ⑧ 使用しません。
- ⑨ 「公費負担者番号①、②」及び「公費負担医療の受給者番号①、②」は8桁の公費負担者番号と7桁の受給者番号を記載。
- ⑩ 特記事項に該当するレセプトに定められたコードを記載。（「特記事項」を参照）
- ⑪ 「保険医療機関の所在地及び名称」を記載し、連絡先電話番号があると望ましい。  
旧総合病院については「診療科」を左下隅に表示。
- ⑫ 診療実日数を記載。該当公費負担医療に係る日数がある場合は公費①及び②にその日数を記載。
- ⑬ 診療開始日は、当該保険医療機関で保険診療を開始した年月日を和暦により記載。保険種別等の変更があった場合は変更があった日を開始日として記載。
- ⑭ 「療養の給付」の欄について
  - (ア) 保険欄については合計点数を記載。  
なお、前期高齢者、後期高齢者、限度額認定証有の高額療養該当者は、一部負担金も記載。
  - (イ) 公費①欄については公費併用（二者併用）の場合で合計点数と公費対象点数が異点数の場合にその該当点数を記載。  
一部負担金額は公費に係る負担金額を記載。
  - (ウ) 公費②欄については、公費併用（三者併用）の場合にその該当点数がある場合に記載。

## 明細書右上コード「保険種別」「本人家族分」欄の説明

### 「ア」欄

国保一般は「1社・国」に○又は番号を記載。

後期高齢者医療は「3後期」に○又は番号を記載。

退職者(本人, 家族)は「4退職」に○又は番号を記載。

「2公費」については, 国保請求分にはありません。

### 「イ」欄

「1単独」は公費併用でない場合及び特記欄を使った公費併用の場合に○又は番号を記載。

「2 2併」及び「3 3併」は, 公費併用(受給者番号のある)の場合に○又は番号を記載。

### 「ウ」欄

いずれか1つだけに○又は番号を記載。

未就学者は「4六外」又は「3六入」

就学者～70歳未満の本人は「2本外」又は「1本入」, 家族は「6家外」

又は「5家入」

70歳以上(前期高齢者医療及び後期高齢者医療)は, 患者負担額により2割負担及び1割負担は「8高外一」又は「7高入一」、3割負担は「0高外7」又は「9高入7」。

### 「エ」欄

国保及び退職者の場合, 該当する給付割合を○で囲むか, ( ) の中に給付割合を記載すること。但し, 自県分の場合は記載の省略が可能。

### 【入院】

	ア		イ		ウ
1	1社・国	3後期	1単独	1本入	7高入一
医			2 2併	3六入	
科	2公費	4退職	3 3併	5家入	9高入7
				給付割合	10 9 8 7 ( )
					エ

### 【外来】

	ア		イ		ウ
1	1社・国	3後期	1単独	2本外	8高外一
医			2 2併	4六外	
科	2公費	4退職	3 3併	6家外	0高外7
				給付割合	10 9 8 7 ( )
					エ



# 歯科 原爆医療(公費19)の明細書記載について

診療報酬明細書(歯科)

平成 30 年 4 月分 県番 14 医コ

3 歯科 1 国 2 併 6 家外

公費①	1 9 1 4 6 0 1 8	公受①	0 0 0 0 0 3 4
-----	-----------------	-----	---------------

保険	
記号・番号	

氏名	(男・女) 明・大・昭・平 生	特記事項		届出	補管 歯初診	保険医療機関 所在地 名称
----	-----------------	------	--	----	-----------	---------------------

職務上の事由		傷病名部位	7 7 P 3 C2	開始日	30 年 4 月 15 日
				実日数	1 日 ( 日 )

初診	時間外	休日	深夜	乳	乳・時間外	乳・休日	乳・深夜	障	障導	障連	外来医	点
再診	42×1	時間外	休日	深夜	乳	乳・時間外	乳・休日	乳・深夜				42 42
管理	歯管110 義管											医療保険点数 110 110

X線検査	全顎 抜	写	P混検	享	基本検査	精密検査	その他	点
		S増	顎運動	別	200×1			200 200

処置	う 歯	保護 処置	填 塞	除去	加圧 歯板	咬 調	生 切	失 切
手術	S C	P Cur	前		前	小	大	P 処

※原爆医療の場合、  
C1、C2 に対する治療は公費負担の  
対象外になります。

麻酔	伝麻	浸麻	その他	点							
歯冠形成	(生 歯)	(失 歯)	+	充形 126×1	咬合減勢	点					
歯冠修復				修形	支 架 材	メタル	前小	大	その他 前小	大	点
歯冠修復及び欠損補綴							TEK	左 填	152×1		126
							硬ジ	充 充 I	28×1		
							ジ	材 充 II			
								材 充 III			
								材 その他			

『点数』欄について  
医療保険と公費負担医療の併用の場合は、「点数」欄を縦に分割して、  
左欄から順に医療保険に係る請求点数、第1公費に係る請求点数、第2公費に  
係る請求点数を記載する。(公費分は再掲)  
なお、公費負担医療に係るすべての請求点数が医療保険に係る請求点数と同  
じ場合は、公費負担医療に係る請求点数の記載は省略可。

摘要	公費分 請求 352 点 合 計 658 点
	患者負担額(公費) 円 決 定 ※
	高額療養費 ※ 円 一部負担

## 特記事項(令和4年4月以降)

コード	略号	内容
01	公	医療保険単独の者及び後期高齢者医療単独の者に係る明細書で、「公費負担医療が行われる療養に係る高額療養費の支給について」(昭和48年10月30日付保発第42号、庁保発第26号)による公費負担医療が行われる療養に要する費用の額が、健康保険法施行令(大正15年勅令第243号)第42条及び高齢者の医療の確保に関する法律施行令(平成19年政令第318号。以下「高齢者医療確保法施行令」という。)第15条に規定する金額を超える場合
02	長	以下のいずれかに該当する場合 ① 高額長期疾病に係る特定疾病療養受療証を提出又は特定疾病療養受療証情報を提供した患者の負担額が、健康保険法施行令第42条第9項第1号に規定する金額を超えた場合(ただし、患者が特定疾病療養受療証の提出又は特定疾病療養受療証情報の提供を行った際に、既に同号に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除く。) ② 後期高齢者医療特定疾病療養受療証を提示又は後期高齢者医療特定疾病療養受療証情報を提供した患者の負担額が、高齢者医療確保法施行令第15条第5項に規定する金額を超えた場合(ただし、患者が後期高齢者医療特定疾病療養受療証の提示又は後期高齢者医療特定疾病療養受療証情報の提供を行った際に、既に同項に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除く。)
03	長処	慢性腎不全に係る自己連続携行式腹膜灌流(CAPD)を行っている患者に対して、同一月内の投薬を院外処方箋のみにより行い、保険医療機関では当該患者の負担額を受領しない場合
04	後保	公費負担医療のみの場合であって、請求点数を高齢者医療確保法の規定による医療の提供をする場合
05	削除	(削除)
07	老併	介護老人保健施設に入所中の患者の診療料を、併設保険医療機関において算定した場合(なお、同一月に同一患者につき、介護老人保健施設に入所中の診療と介護老人保健施設に入所中以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ別個の明細書に記載する)
08	老健	介護老人保健施設に入所中の患者の診療料を、併設保険医療機関以外の保険医療機関において算定した場合(なお、同一月に同一患者につき、介護老人保健施設に入所中の診療と介護老人保健施設に入所中以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ別個の明細書に記載する)
09	施	平成18年3月31日保医発第0331002号に規定する特別養護老人ホーム等に入所中の患者について診療報酬を算定した場合(なお、同一月に同一患者につき、特別養護老人ホーム等に赴き行った診療と、それ以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ明確に区分できるよう「摘要」欄に記載する)
10	第三	患者の疾病又は負傷が、第三者の不法行為(交通事故等)によって生じたと認められる場合
11	薬治	厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養(平成18年厚生労働省告示第495号)第1条第2号の規定に基づく医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律(昭和35年法律第145号)(以下「医薬品医療機器等法」という。)に規定する治験(人体に直接使用される薬物に係るものに限る。)に係る診療報酬の請求である場合

1 2	器治	厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第1条第3号の規定に基づく医薬品医療機器等法に規定する治験(機械器具等に係るものに限る。)に係る診療報酬の請求である場合
1 3	先進	地方厚生(支)局長に届け出て別に厚生労働大臣が定める先進医療を実施した場合(この場合にあつては、当該先進医療の名称及び当該先進医療について徴収した特別の料金の額を「摘要」欄の最上部に記載する)
1 4	制超	「診療報酬の算定方法」に規定する回数を超えて行った診療であつて「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」(平成18年厚生労働省告示第498号)の第7号の5に規定する診療(以下「制限回数を超えて行う診療」という。)に係る診療報酬の請求である場合(この場合にあつては、当該「制限回数を超えて行う診療」の名称、徴収した特別の料金及び回数を「摘要」欄へ記載する)
1 5	削除	(削除)
1 6	長2	高額長期疾病に係る特定疾病療養受療証を提出又は特定疾病療養受療証情報を提供した患者の負担額が、健康保険法施行令第42条第9項第2号に規定する金額を超えた場合(ただし、患者が特定疾病療養受療証の提出又は特定疾病療養受療証情報の提供を行った際に、既に同号に規定する金額を超えて受領している場合であつて、現物給付化することが困難な場合を除く。)
1 7	削除	(削除)
1 8	削除	(削除)
1 9	削除	(削除)
2 0	二割	平成20年2月21日保発第0221003号の別紙「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実施要綱」の第2の4の特例措置対象被保険者等が、特例措置にかかわらず、自らが受けた療養に係る2(4)に規定する一部負担金等の一部に相当する額を自ら支払った場合又は第三者行為により特例措置の対象とならない場合
2 1	高半	月の初日以外の日に75歳に到達し後期高齢者医療の被保険者となったことにより被用者保険の被保険者でなくなった者の被扶養者であった者又は月の初日以外の日に75歳に到達し後期高齢者医療の被保険者となったことにより国民健康保険組合の組合員でなくなった者の世帯に属する組合員以外の被保険者であった者(いずれも市町村国保に加入することになる。)であつて、当該後期高齢者医療の被保険者が75歳に到達した月に療養を受けた者(以下「自己負担限度額特例対象被扶養者等」という。)の場合
2 2	削除	(削除)
2 3	削除	(削除)
2 4	削除	(削除)
2 5	出産	平成23年1月31日保発0131第2号から4号までにより定める「「出産育児一時金等の医療機関等への直接支払制度」実施要綱」に基づき、直接支払制度を利用する者の出産に係る診療報酬請求である場合

26	区ア	<p>70歳未満で以下のいずれかに該当する場合</p> <p>① 「標準報酬月額 83 万円以上(国民健康保険及び退職者医療にあつては、旧ただし書き所得 901 万円超)の世帯」の限度額適用認定証(適用区分が(ア))が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合</p> <p>② 「標準報酬月額 83 万円以上(国民健康保険及び退職者医療にあつては、旧ただし書き所得 901 万円超)の世帯」の適用区分(ア)の記載のある難病の患者に対する医療等に関する法律(平成 26 年法律第 50 号。以下「難病法」という。)に基づく医療受給者証(以下「特定医療費受給者証」という。)、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合(特記事項「31」に該当する場合を除く。)</p> <p>70歳以上で以下のいずれかに該当する場合</p> <p>① 「標準報酬月額 83 万円以上(国民健康保険及び後期高齢者医療にあつては、課税所得 690 万円以上)の世帯」の高齢受給者証若しくは後期高齢者医療被保険者証(一部負担金の割合(3割))の提示のみ又は高齢受給者証情報若しくは後期高齢者医療被保険者証情報の提供のみの場合</p> <p>② 「標準報酬月額 83 万円以上(国民健康保険及び後期高齢者医療にあつては、課税所得 690 万円以上)の世帯」の適用区分(VI)の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合(特記事項「31」に該当する場合を除く。)</p>
27	区イ	<p>70歳未満で以下のいずれかに該当する場合</p> <p>① 「標準報酬月額 53 万～79 万円(国民健康保険及び退職者医療にあつては、旧ただし書き所得 600 万円超～901 万円以下)の世帯」の限度額適用認定証(適用区分が(イ))が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合</p> <p>② 「標準報酬月額 53 万～79 万円(国民健康保険及び退職者医療にあつては、旧ただし書き所得 600 万円超～901 万円以下)の世帯」の適用区分(イ)の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合(特記事項「32」に該当する場合を除く。)</p> <p>70歳以上で以下のいずれかに該当する場合</p> <p>① 「標準報酬月額 53 万～79 万円(国民健康保険及び後期高齢者医療にあつては、課税所得 380 万円以上)の世帯」の限度額適用認定証(適用区分が(現役並みⅡ又は現役Ⅱ))が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合</p> <p>② 「標準報酬月額 53 万～79 万円(国民健康保険及び後期高齢者医療にあつては、課税所得 380 万円以上)の世帯」の適用区分(V)の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合(特記事項「32」に該当する場合を除く。)</p>
28	区ウ	<p>70歳未満で以下のいずれかに該当する場合</p> <p>① 「標準報酬月額 28 万～50 万円(国民健康保険及び退職者医療にあつては、旧ただし書き所得 210 万円超～600 万円以下)の世帯」の限度額適用認定証(適用区分が(ウ))が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合</p> <p>② 「標準報酬月額 28 万～50 万円(国民健康保険及び退職者医療にあつては、旧ただし書き所得 210 万円超～600 万円以下)の世帯」の適用区分(ウ)の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合(特記事項「33」に該当する場合を除く。)</p> <p>70歳以上で以下のいずれかに該当する場合</p> <p>① 「標準報酬月額 28 万～50 万円(国民健康保険及び後期高齢者医療にあつては、課税所得 145 万円以上)の世帯」の限度額適用認定証(適用区分が(現役並みⅠ又は現役Ⅰ))が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合</p> <p>② 「標準報酬月額 28 万～50 万円(国民健康保険及び後期高齢者医療にあつては、課税所得 145 万円以上)の世帯」の適用区分(IV)の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合(特記事項「33」に該当する場合を除く。)</p>

29	区エ	<p>70歳未満で以下のいずれかに該当する場合</p> <p>① 「標準報酬月額 26 万円以下(国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得 210 万円以下)の世帯」の限度額適用認定証(適用区分が(エ))が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合</p> <p>② 「標準報酬月額 26 万円以下(国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得 210 万円以下)の世帯」の適用区分(エ)の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証、小児慢性特定疾病医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合(特記事項「34」に該当する場合を除く。)</p> <p>70歳以上で以下のいずれかに該当する場合</p> <p>① 「標準報酬月額 26 万円以下(国民健康保険にあっては、課税所得 145 万円未満)の世帯」の高齢受給者証(一部負担金の割合(2割))の提示のみ又は高齢受給者証情報の提供のみの場合</p> <p>② 「標準報酬月額 26 万円以下(国民健康保険にあっては、課税所得 145 万円未満)の世帯」の適用区分(Ⅲ)の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合(特記事項「34」に該当する場合を除く。)</p>
30	区オ	<p>70歳未満で以下のいずれかに該当する場合</p> <p>① 「低所得者の世帯」の限度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証(適用区分が(オ))が提示又は限度額適用認定証情報若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証情報が提供された場合</p> <p>② 「低所得者の世帯」の適用区分(オ)の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証、小児慢性特定疾病医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合(特記事項「35」に該当する場合を除く。)</p> <p>70歳以上で以下のいずれかに該当する場合</p> <p>① 「低所得者の世帯」の限度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証(適用区分が(Ⅰ又はⅡ))が提示又は限度額適用認定証情報若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証情報が提供された場合</p> <p>② 「低所得者の世帯」の適用区分(Ⅰ又はⅡ)の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合</p>
31	多ア	<p>以下のいずれかに該当する場合</p> <p>① 70歳未満で「標準報酬月額 83 万円以上(国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得 901 万円超)の世帯」の適用区分(ア)の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合であって、難病法による特定医療、特定疾患治療研究事業、小児慢性特定疾病医療支援又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業に係る公費負担医療(入院に限る。)の自院における高額療養費の支給が直近12か月間において4月目以上である場合(以下「特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合」という。ただし、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業については、特記事項「34」及び同「35」に限る。)</p> <p>② 70歳以上で「標準報酬月額 83 万円以上(国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 690 万円以上)の世帯」の適用区分(VI)の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合(小児慢性特定疾病医療支援を除く)</p>

3 2	多イ	<p>以下のいずれかに該当する場合</p> <p>① 70歳未満で「標準報酬月額 53万～79万円(国民健康保険及び退職者医療にあつては、旧ただし書き所得 600万円超～901万円以下)の世帯」の適用区分(イ)の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合であつて、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合</p> <p>② 70歳以上で「標準報酬月額 53万～79万円(国民健康保険及び後期高齢者医療にあつては、課税所得 380万円以上)の世帯」の適用区分(V)の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合であつて、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合(小児慢性特定疾病医療支援を除く)</p>
3 3	多ウ	<p>以下のいずれかに該当する場合</p> <p>① 70歳未満で「標準報酬月額 28万～50万円(国民健康保険及び退職者医療にあつては、旧ただし書き所得 210万円超～600万円以下)の世帯」の適用区分(ウ)の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合であつて、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合</p> <p>② 70歳以上で「標準報酬月額 28万～50万円(国民健康保険及び後期高齢者医療にあつては、課税所得 145万円以上)の世帯」の適用区分(IV)の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合であつて、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合(小児慢性特定疾病医療支援を除く)</p>
3 4	多エ	<p>以下のいずれかに該当する場合</p> <p>① 70歳未満で「標準報酬月額 26万円以下(国民健康保険及び退職者医療にあつては、旧ただし書き所得 210万円以下)の世帯」の適用区分(エ)の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証、小児慢性特定疾病医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合であつて、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合</p> <p>② 70歳以上で「標準報酬月額 26万円以下(国民健康保険にあつては、課税所得 145万円未満)の世帯」の適用区分(III)の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合であつて、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合(小児慢性特定疾病医療支援を除く)</p>
3 5	多才	<p>70歳未満で「低所得者の世帯」の適用区分(オ)の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証、小児慢性特定疾病医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合であつて、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合</p>
3 6	加治	<p>厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第1条第3号の2の規定に基づく医薬品医療機器等法に規定する治験(加工細胞等(医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律施行規則(昭和36年厚生省令第1号)第275条の2に規定する加工細胞等をいう。以下同じ。)に係るものに限る。)に係る診療報酬の請求である場合</p>
3 7	申出	<p>別に厚生労働大臣が定める患者申出療養(当該療養を適切に実施できるものとして厚生労働大臣に個別に認められた病院又は診療所において行われるものに限る。)を実施した場合(この場合にあつては、当該療養の名称及び当該療養について徴収した特別の料金の額を「摘要」欄の最上部に記載する)</p>

38	医併	介護医療院に入所中の患者の診療料を、併設保険医療機関において算定した場合(なお、同一月に同一患者につき、介護医療院に入所中の診療と介護医療院に入所中以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ別個の明細書に記載する)
39	医療	介護医療院に入所中の患者の診療料を、併設保険医療機関以外の保険医療機関において算定した場合(なお、同一月に同一患者につき、介護医療院に入所中の診療と介護医療院に入所中以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ別個の明細書に記載する)
41	区カ	<p>後期高齢者医療で以下のいずれかに該当する場合</p> <p>① 課税所得 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で 200 万円以上(後期高齢者が 2 人以上の世帯の場合は 320 万円以上)の後期高齢者医療被保険者証(一部負担金の割合(2割))の提示のみ又は後期高齢者医療被保険者証情報の提供のみの場合</p> <p>② 課税所得 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で 200 万円以上(後期高齢者が 2 人以上の世帯の場合は 320 万円以上)の後期高齢者医療被保険者証(一部負担金の割合(2割))かつ適用区分(Ⅲ)の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示又は後期高齢者医療被保険者証情報が提供かつ適用区分(Ⅲ)の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合(特記事項「43」に該当する場合を除く)</p>
42	区キ	<p>後期高齢者医療で以下のいずれかに該当する場合</p> <p>① 課税所得 28 万円未満(「低所得者の世帯」を除く。)若しくは課税所得 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で 200 万円未満(後期高齢者が 2 人以上の世帯の場合は 320 万円未満)の後期高齢者医療被保険者証(一部負担金の割合(1割))の提示のみ又は後期高齢者医療被保険者証情報の提供のみの場合</p> <p>② 課税所得 28 万円未満(「低所得者の世帯」を除く。)若しくは課税所得 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で 200 万円未満(後期高齢者が 2 人以上の世帯の場合は 320 万円未満)の後期高齢者医療被保険者証(一部負担金の割合(1割))かつ適用区分(Ⅲ)の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示又は後期高齢者医療被保険者証情報が提供かつ適用区分(Ⅲ)の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合(特記事項「44」に該当する場合を除く。)</p>
43	多カ	<p>後期高齢者医療で課税所得 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で 200 万円以上(後期高齢者が 2 人以上の世帯の場合は 320 万円以上)の後期高齢者医療被保険者証(一部負担金の割合(2割))かつ適用区分(Ⅲ)の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示又は後期高齢者医療被保険者証情報が提供かつ適用区分(Ⅲ)の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合(小児慢性特定疾病医療支援を除く)</p>

44	多キ	<p>後期高齢者医療で課税所得 28 万円未満(「低所得者の世帯」を除く。)若しくは課税所得 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で 200 万円未満(後期高齢者が 2 人以上の世帯の場合は 320 万円未満)の後期高齢者医療被保険者証(一部負担金の割合(1割))かつ適用区分(Ⅲ)の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示又は後期高齢者医療被保険者証情報が提供かつ適用区分(Ⅲ)の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合であつて、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合(小児慢性特定疾病医療支援を除く)</p>
----	----	--

※ 「区カ」、「区キ」、「多カ」及び「多キ」については、令和4年 10 月 1 日から適用する。令和 4 年 9 月 30 日までの間は、後期高齢者医療にあつては従前どおり「区エ」及び「多エ」を使用されたい。



## 特記事項(令和4年3月以前)

コード	略号	内容
01	公	医療保険単独の者及び後期高齢者医療単独の者に係る明細書で、「公費負担医療が行われる療養に係る高額医療費の支給について」（昭和48年10月30日付保発第42号、庁保発第26号）による公費負担医療が行われる療養に要する費用の額が、健康保険法施行令（大正15年勅令第243号）第42条及び高齢者医療確保法施行令（昭和57年政令第293号）第15条に規定する金額を超える場合
02	長	以下のいずれかに該当する場合 ① 高額長期疾病に係る特定疾病療養受療証を提出した患者の負担額が、健康保険法施行令第42条第9項第1号に規定する金額を超えた場合（ただし、患者が特定疾病療養受療証の提出を行った際に、既に同号に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除く。） ② 後期高齢者医療特定疾病療養受療証を提示した患者の負担額が、高齢者医療確保法施行令第15条第6項に規定する金額を超えた場合（ただし、患者が後期高齢者医療特定疾病療養受療証の提示を行った際に、既に同項に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除く。）
03	長処	慢性腎不全に係る自己連続携行式腹膜灌流（CAPD）を行っている患者に対して、同一月内の投薬を院外処方箋のみにより行い、保険医療機関では当該患者の負担額を受領しない場合
04	後保	公費負担医療のみの場合であって、請求点数を高齢者医療確保法の規定による医療の提供をする場合
07	老併	介護老人保健施設に入所中の患者の診療料を、併設保険医療機関において算定した場合（なお、同一月に同一患者につき、介護老人保健施設に入所中の診療と介護老人保健施設に入所中以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ個別の明細書に記載すること。）
08	老健	介護老人保健施設に入所中の患者の診療料を、併設保険医療機関以外の保険医療機関において算定した場合（なお、同一月に同一患者につき、介護老人保健施設に入所中の診療と介護老人保健施設に入所中以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ個別の明細書に記載すること。）
09	施	平成18年3月31日保医発第0331002号に規定する特別養護老人ホーム等に入所中の患者について診療報酬を算定した場合（なお、同一月に同一患者につき、特別養護老人ホーム等に赴き行った診療と、それ以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ明確に区分できるよう「摘要」欄に記載すること。）
10	第三	患者の疾病又は負傷が、第三者の不法行為（交通事故等）によって生じたと認められる場合
11	薬治	厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養（平成18年厚生労働省告示第495号）第1条第2号の規定に基づく医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和35年法律第145号）（以下「医薬品医療機器等法」という。）に規定する治験（人体に直接使用される薬物に係るものに限る。）に係る診療報酬の請求である場合
12	器治	厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第1条第3号の規定に基づく医薬品医療機器等法に規定する治験（機械器具等に係るものに限る。）に係る診療報酬の請求である場合
13	先進	地方厚生（支）局長に届け出て別に厚生労働大臣が定める先進医療を実施した場合（この場合にあつては、当該先進医療の名称及び当該先進医療について徴収した特別の料金の額を「摘要」欄の最上部に記載すること。）
14	制超	「診療報酬の算定方法」に規定する回数を超えて行った診療であつて「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」（平成18年厚生労働省告示第498号）の第7号の5に規定する診療（以下「制限回数を超えて行う診療」という。）に係る診療報酬の請求である場合（この場合にあつては、当該「制限回数を超えて行う診療」の名称、徴収した特別の料金及び回数を「摘要」欄に記載すること。）

16	長2	高額長期疾病に係る特定疾病療養受療証を提出した患者の負担額が、健康保険法施行令第42条第9項第2号に規定する金額を超えた場合（ただし、患者が特定疾病療養受療証の提出を行った際に、既に同号に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除く。）
17	削除	削除
18	削除	削除
19	削除	削除
20	二割	平成20年2月21日保発第0221003号の別紙「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実施要綱」の第2の4の特例措置対象被保険者等が、特例措置にかかわらず、自らが受けた療養に係る2(4)に規定する一部負担金等の一部に相当する額を自ら支払った場合又は第三者行為により特例措置の対象とならない場合
21	高半	月の初日以外の日により75歳に達し後期高齢者医療の被保険者となったことにより被用者保険の被保険者でなくなった者の被扶養者であった者又は月の初日以外の日により75歳に到達し後期高齢者医療の被保険者となったことにより国民健康保険組合の組合員でなくなった者の世帯に属する組合員以外の被保険者であった者（いずれも市町村国保に加入することになる。）であって、当該後期高齢者医療の被保険者が75歳に到達した月に療養を受けた者（以下「自己負担限度額特例対象被扶養者等」という。）の場合
22	削除	削除
25	出産	平成21年5月29日保発第0529005号から第0529010号までにより定める「「出産育児一時金等の医療機関等への直接支払制度」実施要綱」に基づき、直接支払制度を利用する者の出産に係る診療請求である場合
26	区ア	70歳未満で以下のいずれかに該当する場合 ① 「標準報酬月額83万円以上（国民健康保険及び退職者医療にあつては、旧ただし書き所得901万円超）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（ア））が提示された場合 ② 「標準報酬月額83万円以上（国民健康保険及び退職者医療にあつては、旧ただし書き所得901万円超）の世帯」の適用区分（ア）の記載のある難病の患者に対する医療等に関する法律（以下「難病法」という。）に基づく医療受給者証（以下「特定医療費受給者証」という。）、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合（特記事項「31」に該当する場合を除く。） 70歳以上で以下のいずれかに該当する場合 ① 「標準報酬月額83万円以上（国民健康保険及び後期高齢者医療にあつては、課税所得690万円以上）の世帯」の高齢受給者証又は後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（3割））の提示のみの場合 ② 「標準報酬月額83万円以上（国民健康保険及び後期高齢者医療にあつては、課税所得690万円以上）の世帯」の適用区分（VI）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合（特記事項「31」に該当する場合を除く。）
27	区イ	70歳未満で以下のいずれかに該当する場合 ① 「標準報酬月額53万～79万円（国民健康保険及び退職者医療にあつては、旧ただし書き所得600万円超～901万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（イ））が提示された場合 ② 「標準報酬月額53万～79万円（国民健康保険及び退職者医療にあつては、旧ただし書き所得600万円超～901万円以下）の世帯」の適用区分（イ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合（特記事項「32」に該当する場合を除く。）

		<p>70歳以上で以下のいずれかに該当する場合</p> <p>① 「標準報酬月額 53 万～79 万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあつては、課税所得 380 万円以上）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（現役並みⅡ又は現役Ⅱ））が提示された場合</p> <p>② 「標準報酬月額 53 万～79 万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあつては、課税所得 380 万円以上）の世帯」の適用区分（Ⅴ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合（特記事項「32」に該当する場合を除く。）</p>
28	区ウ	<p>70歳未満で以下のいずれかに該当する場合</p> <p>① 「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険及び退職者医療にあつては、旧ただし書き所得 210 万円超～600 万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（ウ））が提示された場合</p> <p>② 「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険及び退職者医療にあつては、旧ただし書き所得 210 万円超～600 万円以下）の世帯」の適用区分（ウ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合（特記事項「33」に該当する場合を除く。）</p> <p>70歳以上で以下のいずれかに該当する場合</p> <p>① 「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあつては、課税所得 145 万円以上）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（現役並みⅠ又は現役Ⅰ））が提示された場合</p> <p>② 「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあつては、課税所得 145 万円以上）の世帯」の適用区分（Ⅳ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合（特記事項「33」に該当する場合を除く。）</p>
29	区エ	<p>70歳未満で以下のいずれかに該当する場合</p> <p>① 「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険及び退職者医療にあつては、旧ただし書き所得 210 万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（エ））が提示された場合</p> <p>② 「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険及び退職者医療にあつては、旧ただし書き所得 210 万円以下）の世帯」の適用区分（エ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証、小児慢性特定疾病医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合（特記事項「34」に該当する場合を除く。）</p> <p>70歳以上で以下のいずれかに該当する場合</p> <p>① 「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険及び後期高齢者医療にあつては、課税所得 145 万円未満）の世帯」の高齢受給者証又は後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（2割）又は（1割））の提示のみ場合</p> <p>② 「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険及び後期高齢者医療にあつては、課税所得 145 万円未満）の世帯」の適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合（特記事項「34」に該当する場合を除く。）</p>
30	区オ	<p>70歳未満で以下のいずれかに該当する場合</p> <p>① 「低所得者の世帯」の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（適用区分（オ））が提示された場合</p> <p>② 「低所得者の世帯」の適用区分（オ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証、小児慢性特定疾病医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合（特記事項「35」に該当する場合を除く。）</p> <p>70歳以上で以下のいずれかに該当する場合</p> <p>① 「低所得者の世帯」の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（適用区分が（Ⅰ又はⅡ））が提示された場合</p> <p>② 「低所得者の世帯」の適用区分（Ⅰ又はⅡ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合</p>

31	多ア	<p>以下のいずれかに該当する場合</p> <p>① 70歳未満で「標準報酬月額83万円以上（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得901万円超）の世帯」の適用区分（ア）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合であって、難病法による特定医療、特定疾患治療研究事業、小児慢性特定疾病医療支援又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業に係る公費負担医療（入院に限る。）の自院における高額療養費の支給が直近12か月間において4月目以上である場合（以下「特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合」という。ただし、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業については、特記事項「34」及び同「35」に限る。）</p> <p>② 70歳以上で「標準報酬月額83万円以上（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得690万円以上）の世帯」の適用区分（VI）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）</p>
32	多イ	<p>以下のいずれかに該当する場合</p> <p>① 70歳未満で「標準報酬月額53万円～79万円（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得600万円超～901万円以下）の世帯」の適用区分（イ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合</p> <p>② 70歳以上で「標準報酬月額53万円～79万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得380万円以上）の世帯」の適用区分（V）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）</p>
33	多ウ	<p>以下のいずれかに該当する場合</p> <p>① 70歳未満で「標準報酬月額28万円～50万円（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得210万円超～600万円以下）の世帯」の適用区分（ウ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合</p> <p>② 70歳以上で「標準報酬月額28万円～50万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得145万円以上）の世帯」の適用区分（IV）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）</p>
34	多エ	<p>以下のいずれかに該当する場合</p> <p>① 70歳未満で「標準報酬月額26万円以下（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得210万円以下）の世帯」の適用区分（エ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証、小児慢性特定疾病医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合</p> <p>② 70歳以上で「標準報酬月額26万円以下（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得145万円未満）の世帯」の適用区分（III）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）</p>
35	多才	<p>70歳未満で「低所得者の世帯」の適用区分（オ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証、小児慢性特定疾病医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合</p>
36	加治	<p>厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第1条第3号の2の規定に基づく医薬品医療機器等法に規定する治験（加工細胞等（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律施行規則（昭和36年厚生省令第1号）第275条の2に規定する加工細胞等をいう。以下同じ。）に係るものに限る。）に係る診療報酬の請求である場合</p>

38	医併	介護医療院に入所中の患者の診療料を、併設保険医療機関において算定した場合（なお、同一月に同一患者につき、介護医療院に入所中の診療と介護医療院に入所中以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ別個の明細書に記載すること。）
39	医療	介護医療院に入所中の患者の診療料を、併設保険医療機関以外の保険医療機関において算定した場合（なお、同一月に同一患者につき、介護医療院に入所中の診療と介護医療院に入所中以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ別個の明細書に記載すること。）
40 (歯科のみ)	50/100	歯科明細書の乳幼児加算（5歳未満）、障害者加算又は歯科訪問診療時の加算を算定している明細書の場合

## 6. 診療報酬明細書の取り下げについて

診療報酬明細書の取り下げについて、次のとおりお願いいたします。

質 問	回 答
Q 1 明細書の取り下げ	A 1 診療報酬明細書の取り下げ依頼書に必要事項(請求時の内容)を記入のうえ郵送又は直接提出。
Q 2 電話での取り下げ依頼	A 2 電話での申し出は不可。
Q 3 取り下げによる診療報酬の取り扱い	A 3 当月請求分明細書に関しては、取り下げされた明細書以外が支払われ、支払済みの明細書に関しては、当月請求分と相殺(過誤調整)のうえ支払。
Q 4 取り下げの申し出をした場合、返戻されるまでの期間	A 4 当月審査分明細書に関しては、審査の翌月上旬に増減返戻通知書と共に返戻。 支払い済みの明細書に関しては、保険者へ抽出依頼をするため、返戻されるまで約3ヶ月以上の期間を要し、毎月中旬に、過誤再審査結果通知書と共に返戻。
Q 5 同一患者で数ヶ月分取り下げる場合	A 5 同一患者の場合でも、レセプト毎に1枚ずつ用紙に記入。
Q 6 取り下げの受付方法	A 6 郵送又は直接にて受付。 ※国保連合会では、明細書のコピーの提出は必要ありません。取り下げ依頼書のみを提出してください。
Q 7 調剤明細書を取り下げる際の注意点	A 7 処方元医療機関名及び医療機関コードを必ず記入。

<p>Q 8 取り下げ明細書の返戻の遅延理由</p>	<p>A 8 問い合わせの前に、次の点を確認。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・取り下げ依頼をした明細書が取り下げ以外の理由ですでに返戻されている。</li> <li>・請求をしたと思っていたが、実際は請求していなかった。</li> <li>・取り下げ依頼書の誤記入。 (被保険者番号、保険者、患者氏名、請求点数等、必ず請求時の明細書内容で記入)</li> <li>・支払い済み明細書の取り下げについては、返戻されるまで約<u>3ヶ月以上</u>の期間が必要。</li> </ul>
<p>Q 9 取り下げ理由の照会</p>	<p>A 9 取り下げの理由に関しては、国保連合会でお答えしかねる場合があるので、取り下げ依頼書を提出する前に、控え等を作成。</p>
<p>Q 10 「診療月」と「明細書提出月」の違い</p>	<p>A 10 「診療月」とは、患者を診療した月。 「提出月」とは、明細書を国保連合会に提出（請求）した月。</p>
<p>Q 11 入院・外来コード</p>	<p>A 11 取り下げする明細書の種別コードに○印。</p>
<p>Q 12 請求点数欄</p>	<p>A 12 請求時の点数を記入。</p>
<p>Q 13 古い様式の診療報酬取り下げ依頼書の使用</p>	<p>A 13 原則として、一番新しい様式の診療報酬取り下げ依頼書を使用。</p>
<p>Q 14 「生活保護該当者」の取り下げ依頼</p>	<p>A 14 生活保護請求分は、「社会保険診療報酬支払基金(神奈川支部)」に提出。 誤って国保連合会に請求した場合は、ご請求した内容で本会に提出。</p>
<p>Q 15 用紙の入手方法</p>	<p>A 15 国保連合会ホームページから「保険医療機関・保険調剤薬局のみなさまへ」→「提出書類のダウンロード」→「取り下げ用紙」より入手可。</p>

診療(調剤)報酬明細書の記載要領

- ① 取り下げ依頼書の提出年月日を記入して下さい。
- ② 保険医療機関(調剤薬局)コード7桁を記入して下さい。
- ③ 所在地を記入して下さい。
- ④ 名称を記入して下さい。
- ⑤ 電話番号は、直通番号(内線番号があればその番号)を記入して下さい。
- ⑥ 担当者名を記入して下さい。
- ⑦ 診療(調剤)年月を記入して下さい。
- ⑧ 明細書を提出(請求)した年月を記入して下さい。
- ⑨ 国保(退職者)及び後期高齢者医療の保険者番号を記入して下さい。
- ⑩ 明細書の該当する点数表(医科・歯科・調剤)を○で囲んで下さい。
- ⑪ 被保険者名、及びフリガナを記入して下さい。
- ⑫ 国保(退職者)は記号・番号、後期高齢者医療は番号を記入して下さい。
- ⑬ 該当する元号を○で囲み、生年月日を記入して下さい。
- ⑭ 明細書の該当する入院コードを○で囲んで下さい。
- ⑮ 当初請求点数を記入して下さい。
- ⑯ 明細書の該当する外来コードを○で囲んで下さい。
- ⑰ 公費併用分は、公費負担者番号及び公費受給者番号を記入して下さい。
- ⑱ 調剤薬局の場合は、処方箋を発行した医療機関名及び医療機関コードを記入して下さい。
- ⑳ 該当する取り下げ理由の番号を1つ選んで○で囲んで下さい。

※病名、診療内容の記載漏れ、記載誤り等による減点査定を理由とした明細書の取り下げ依頼は、この取り下げ依頼書では受付できませんので再審査申請理由書のご提出をお願いします。

診療(調剤)報酬明細書の取り下げ依頼書

① 平成 年 月 日

神奈川県国民健康保険団体連合会  
審査調整課 支払調整係 行

医療機関コード: ② \_\_\_\_\_  
所在地: ③ \_\_\_\_\_  
名称: ④ \_\_\_\_\_  
電話番号: ⑤ \_\_\_\_\_  
(担当者): ⑥ \_\_\_\_\_

下記のとおり診療(調剤)報酬明細書の取り下げを依頼します。

診療月	⑦ 平成	年月分	⑧ 平成	年月
保険者番号	⑨	点数表	⑩ 医科・歯科・調剤	
フリガナ		被保険者証の 記号 番号	⑪ _____	⑫ _____
被保険者名		入院コード	⑬ _____	⑭ _____
生年月日	⑬ 大・昭・平	外来コード	⑮ _____	⑯ _____
請求点数	⑮	処方元医療機関名	⑰ _____	⑱ _____
公費負担者番号		医療機関コード	⑲ _____	
公費受給者番号				

⑲【取り下げ理由】※該当の理由1つに○をして下さい。

- 1.記載事項不備のため
- 2.傷病名等記載不備のため
- 3.医薬品・診療項目等の記載不備のため
- 4.資格関係、請求手続きの誤りのため
- 5.労災保険への請求先変更のため
- 6.自賠責保険への請求先変更のため
- 7.公費負担医療との併用に変更のため

※病名、診療内容の記載漏れ、記載誤り等による減点査定を理由とした診療(調剤)報酬明細書の取り下げ依頼は受付できません。審査結果に係るものは、再審査申請理由書のご提出をお願いします。

<送付先> \* 下記へ郵送にてご提出願います。  
〒220-0003 横浜市区楠町 27番地1  
神奈川県国民健康保険団体連合会 審査調整課 支払調整係  
電話: 045-329-3427



## 8. 被保険者資格証明書の明細書（特別療養費）の提出方法について

被保険者資格証明書とは、被保険者（患者）が一旦窓口で全額支払い、後日患者が保険者に申請して自己負担分を控除した金額が償還される制度（療養費払）で、医療機関は患者に領収書を渡して届出書を保険者（国保連合会経由）に提出することとなっています。

### 保険医療機関等の取り扱い

特別療養費に要した費用を全額受け取った領収書の発行と届出書を提出するが、この届出書の取り扱いについては次のとおりです。

- ① この届書の様式は、診療（調剤）報酬明細書（以下「レセプト」という）を使用するが、この場合一般の診療報酬と区別する必要があるため、レセプトの**上部中央の余白に『特別療養費』と朱書する**。また、国保連合会に提出する際には、別綴じにして提出する。

※ レセ電医療機関（オンライン、媒体請求共）の場合であっても、電子データではなく紙レセプトで必ず提出する。（オンライン又はFD等には含めません。）

- ② 当該保険医療機関等は、下記の事項を記載したレセプトを国保連合会（保険者から審査委託）に提出。

ア) 当該保険医療機関等若しくは特定承認保険医療機関又は指定訪問看護事業者の名称及び所在地、医療機関コード、保険種別

イ) 療養を受けた被保険者の氏名、性別、生年月日

ウ) 傷病名、診療開始日、診療実日数、転帰及び療養内容

エ) 療養につき算定した費用の額

オ) 保険者番号及び被保険者資格証明の記号番号

- ③ このレセプトは、**各月分について翌月 10 日までに国保連合会に提出。**

- ④ 診療報酬請求書及び明細書と別に綴じ、**受領書（総括票）及び請求書には、件数、点数等は含めない。**

- ⑤ 当該レセプトは単独で別封筒等に入れ提出。

※ 一般医療費との混在防止並びに紛失防止のため

### 参考

国保連合会は、審査を行い、その結果を当該保険医療機関等に対し、書面により通知することとされております。

なお、書面は、送付されたレセプトの写しを使用して差し支えないとされていることから、現行ではレセプトの写しを使用して通知しております。

## 9. 重度障害者医療制度の取り扱いについて

重度障害者医療制度の取り扱いについては、次のとおりお願いします。

- (1) 被保険者が県内市町村国保（県内国保組合を含む）全国土木・全国建設工事業の場合  
 市町村国保（上記国保組合を含む）及び退職者の被保険者は、公費負担者番号及び受給者番号の医療証が発行されています。給付割合は、国保及び退職者7割・障害3割を給付。  
 前期高齢者医療は7割又は8割（平成26年3月までに70歳に達した方は、指定公費1割給付）となり、障害3割、2割又は1割給付。

診療報酬明細書(医科入院外) 平成26年 4月分 県番 14 医コ \*\*\*,\*\*\*,\* 1 医科 1 社国 2 二併 6 家族

公負①	80140031	公受①	0000002
公負②		公受②	

保険	140038	7割
記号・番号	03 - 12345678	

区分 特記事項

氏名 国保太郎 ※

1男 3昭 〇.〇.〇 生

職務上の事由

保険医療機関の所在地及び名称  
 神奈川県〇〇市△△12-345  
 ×××医院

レセプトには、障害の公費負担者番号（8014～）及び受給者番号を記入し、給付割合欄は“法定給付”（前期高齢者医療は7割または8割）の表示。  
 ※特記事項の記入は不要。

## (2) 後期高齢者医療の場合

後期高齢者の被保険者は市町村が発行している公費負担者番号及び受給者番号により取り扱いをします。給付割合は後期高齢者医療7割、8割又は9割・障害3割、2割又は1割給付。

診療報酬明細書(医科入院外) 令和 4年10月分 県番 14 医コ \*\*\*,\*\*\*,\* 1 医科 3 後期 2 二併 8 高外

公負①	80144017	公受①	9876543
公負②		公受②	

保険	39141015	9割
記号・番号	11111111	

区分 特記事項

氏名 全国太郎 ※

1男 3昭 〇.〇.〇 生

職務上の事由

保険医療機関の所在地及び名称  
 神奈川県〇〇市△△12-345  
 ×××医院

レセプトには、障害の公費負担者番号（8014～）及び受給者番号を記入し、給付割合欄は“法定給付”の表示。 ※特記事項の記入は不要。

## 10. 電子レセプトの請求の取り扱いについて

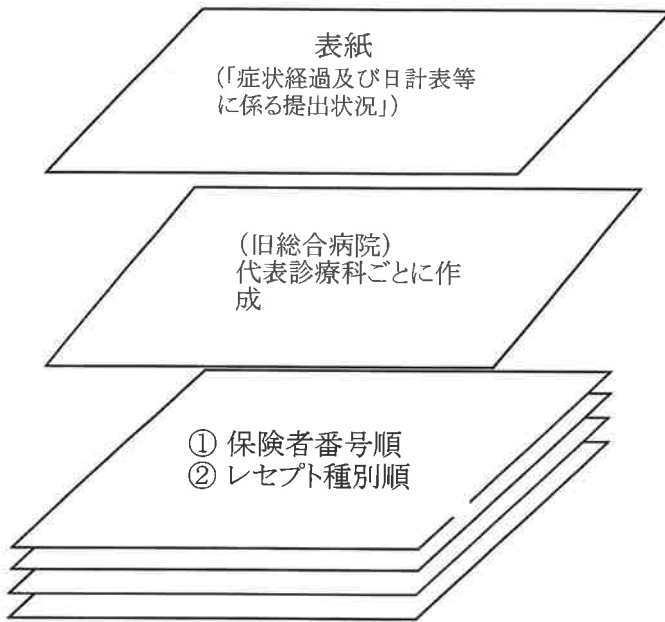
電子レセプト(レセプト電算)の請求について、次のとおりお願いいたします。

質 問	回 答
<p>Q 1 【移行】 レセプト電算（移行）に関する問い合わせ先は？</p>	<p>A 1 電話045-329-3442（システム管理課）までお願いします。 また、紙レセプトの猶予届等に関する問い合わせ先も同上です。</p>
<p>Q 2 【媒体】 電子レセプトを媒体（CD-R等）で請求する際の注意点は？</p>	<p>A 2 媒体（CD-R等）での提出には、受領書（総括票）が必要です。（光ディスク送付書は省略可） なお、返戻再請求の紙レセプトがある場合は、紙レセプトと電子レセプトを合算した件数・点数等を受領書（総括票）に記載してください。</p>
<p>Q 3 【媒体】 電子レセプト媒体（CD-R等）で請求する際の注意点は？</p>	<p>A 3 破損等の防止のため、保護ケース等を使用し、郵送等する場合には封筒に「電子レセプト在中」と朱書きの上投函をお願いします。</p>
<p>Q 4 【提出】 保険者（市町村等）でも電子レセプト媒体（CD-R等）を受付してもらえますか？</p>	<p>A 4 保険者受付をしている場合は可能です。 詳細につきましては提出先の各保険者へ確認してください。 なお、保険者受付の場合、国保連合会に到着するのが10日となってしまうため、出来る限り国保連合会の直接受付又は郵送により早期提出にご協力願います。</p>

<p><b>Q 5 【提出】</b>  複数の医療機関の請求データを提出する場合の注意点は？</p>	<p><b>A 5</b>  「診療報酬請求書送付書」は、平成26年受付から廃止いたします。  ※受付前に受領書の提出枚数をご確認ください。</p>
<p><b>Q 6 【オンライン】</b>  オンライン送信後のASP結果で要確認、又は受付不能の理由が分からない。</p>	<p><b>A 6</b>  受付・事務点検ASP結果リストを確認の上、不明な点がある場合は、システム管理課にお問い合わせください。  ただし、入力につきましては、レセコンメーカー等にて確認をお願いします。</p>
<p><b>Q 7 【オンライン】</b>  オンライン確定後、再度請求を行いたいのですか？</p>	<p><b>A 7</b>  確定された請求データについては、医療機関からの削除処理が出来ないため、速やかにシステム管理課にご連絡ください。  ただし、再請求の状況によっては、取り下げでの対応となる場合がありますので、確定処理には十分ご注意ください。</p>
<p><b>Q 8 【オンライン】</b>  先月請求をしなかったため、今月2ヶ月分の請求をしたいのですが？</p>	<p><b>A 8</b>  2ヶ月分を1ファイルにまとめて送信してください。なお、やむを得ず2ファイルになってしまう場合は、事前に情報システム課にご連絡ください。</p>
<p><b>Q 9 【オンライン】</b>  オンライン回線が使用できなくなったので、臨時的に媒体（CD-R等）で請求することは可能ですか？</p>	<p><b>A 9</b>  臨時的に媒体請求を行うことは可能ですが、事前にシステム管理課までご連絡ください。  なお、この場合には「光ディスク等を用いた費用の請求に関する届出」の別途提出が必要となります。</p>

<p><b>Q10【再請求】</b>        返戻された明細書の再請求分は、電子レセプトで請求できますか？</p>	<p><b>A10</b>        返戻レセプトの再請求は、原則、返戻された紙レセプトにて再請求してください。        ただし、未請求分については当月分に含めて請求することは可能です。</p>
<p><b>Q11【特別療養費】</b>        被保険者資格証明書（特別療養費）の請求を電子レセプトで請求できますか。</p>	<p><b>A11</b>        電子レセプトの請求には対応していません。        紙レセプトでの請求をお願いします。</p>
<p><b>Q12【症状詳記】</b>        症状詳記及び日計表等のみを紙で提出することはできますか？</p>	<p><b>A12</b>        紙での提出は可能ですが、請求省令第1条第2項及び第3項に規定されるものにつきましては、返戻となる恐れがあります。        なお、用紙のサイズはA4とし、「症状経過及び日計表等に係る提出状況」を添付の上、該当のレセプトが判断できるように提出してください。（県内分・県外分を分けて提出）        また、DPC該当医療機関は、出来高分とDPC分に分けて提出してください。</p>

## 症状詳記等の編綴方法



※ 旧総合病院の症状詳記等は各診療科(代表診療科)ごとに編綴してください。

また、各診療科分の先頭に表紙(「症状経過及び日計表等に係る提出状況」)を添付し、各項目に必ず記入してください。

※ レセプト1件に対して症状詳記等が複数枚ある場合は、それらをホチキスしてまとめてください。

※ 症状詳記等には、医療機関番号、保険者番号、被保険者番号、氏名、診療月、請求点数、入院・入院外の区別等、レセプトの特定が出来る情報を記載してください。

### ① 保険者番号順

保険者番号で昇順にして下さい。

※横浜市・川崎市・相模原市については各区ごとに

### ② レセプト種別順

国保	一般7割	入院 入院外
	高齢者7割	入院 入院外
	高齢者8割	入院 入院外
	未就学者	入院 入院外
退職者	本人	入院 入院外
	家族	入院 入院外
	未就学者	入院 入院外
後期高齢	7割	入院 入院外
	8割・9割	入院 入院外

症状経過及び日計表等に係る提出状況

No. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ※4

平成 年 月 日提出

神奈川県国民健康保険団体連合会 様

保険医療機関番号		DPC	
保険医療機関名称		※1	診療科
			※2

No.	診療月	保険者番号	患者氏名	被保険者証番号	制度別	請求点数	備考 ※3
1					国・退・後		症・日・そ
2					国・退・後		症・日・そ
3					国・退・後		症・日・そ
4					国・退・後		症・日・そ
5					国・退・後		症・日・そ
6					国・退・後		症・日・そ
7					国・退・後		症・日・そ
8					国・退・後		症・日・そ
9					国・退・後		症・日・そ
10					国・退・後		症・日・そ
11					国・退・後		症・日・そ
12					国・退・後		症・日・そ
13					国・退・後		症・日・そ
14					国・退・後		症・日・そ
15					国・退・後		症・日・そ
16					国・退・後		症・日・そ
17					国・退・後		症・日・そ
18					国・退・後		症・日・そ
19					国・退・後		症・日・そ
20					国・退・後		症・日・そ
21					国・退・後		症・日・そ
22					国・退・後		症・日・そ
23					国・退・後		症・日・そ
24					国・退・後		症・日・そ
25					国・退・後		症・日・そ
26					国・退・後		症・日・そ
27					国・退・後		症・日・そ
28					国・退・後		症・日・そ
29					国・退・後		症・日・そ
30					国・退・後		症・日・そ

- 【注】 ※1 DPCに該当する場合は、この欄に（レ）チェック。  
 ※2 診療科を記入。  
 ※3 備考には、症状経過・日計表及びその他等該当に○印。  
 ※4 複数枚になる場合は、何枚目／総枚数を記入。

国保連合会受付印





## 神奈川県保険者コード一覧

保険者名	国民健康保険	後期高齢者医療	保険者名	国民健康保険	後期高齢者医療
横浜市	144006	—	小田原市	140079	39142062
鶴見区	144014	39141015	茅ヶ崎市	140087	39142070
神奈川区	144022	39141023	逗子市	140095	39142088
西区	144030	39141031	三浦市	140111	39142104
中区	144048	39141049	秦野市	140129	39142112
南区	144055	39141056	厚木市	140137	39142120
保土ヶ谷区	144071	39141064	大和市	140145	39142138
磯子区	144097	39141072	伊勢原市	140152	39142146
金沢区	144105	39141080	座間市	140178	39142161
港北区	144113	39141098	海老名市	140160	39142153
戸塚区	144139	39141106	南足柄市	140186	39142179
港南区	144063	39141114	綾瀬市	140533	39142187
旭区	144089	39141122	葉山町	140517	39143011
緑区	144121	39141130	寒川町	140525	39143219
瀬谷区	144147	39141148	大磯町	140541	39143417
栄区	144154	39141155	二宮町	140558	39143425
泉区	144162	39141163	中井町	140566	39143615
青葉区	144170	39141171	大井町	140574	39143623
都筑区	144188	39141189	松田町	140582	39143631
川崎市	145003	—	山北町	140590	39143649
川崎区	145011	39141312	開成町	140608	39143664
幸区	145029	39141320	箱根町	140616	39143821
中原区	145037	39141338	真鶴町	140624	39143839
高津区	145045	39141346	湯河原町	140632	39143847
多摩区	145052	39141353	愛川町	140640	39144019
宮前区	145060	39141361	清川村	140657	39144027
麻生区	145078	39141379	神奈川県医師	143016	—
相模原市	146001	—	神奈川県歯科医師	143024	—
緑区	146019	39141510	神奈川県食品衛生	143032	—
中央区	146027	39141528	神奈川県薬剤師	143040	—
南区	146035	39141536	神奈川県建設業	143057	—
横須賀市	140038	39142013	神奈川県建設連合	143065	—
平塚市	140046	39142039			
鎌倉市	140053	39142047			
藤沢市	140061	39142054	神奈川県	—	39140009

## 都道府県コード一覧

都道府県名	都道府県コード	後期高齢者医療 広域連合コード	都道府県名	都道府県コード	後期高齢者医療 広域連合コード
北海道	01	39010004	滋賀県	25	39250006
青森県	02	39020003	京都府	26	39260005
岩手県	03	39030002	大阪府	27	39270004
宮城県	04	39040001	兵庫県	28	39280003
秋田県	05	39050000	奈良県	29	39290002
山形県	06	39060009	和歌山県	30	39300009
福島県	07	39070008	鳥取県	31	39310008
茨城県	08	39080007	島根県	32	39320007
栃木県	09	39090006	岡山県	33	39330006
群馬県	10	39100003	広島県	34	39340005
埼玉県	11	39110002	山口県	35	39350004
千葉県	12	39120001	徳島県	36	39360003
東京都	13	39130000	香川県	37	39370002
神奈川県	14	39140009	愛媛県	38	39380001
新潟県	15	39150008	高知県	39	39390000
富山県	16	39160007	福岡県	40	39400007
石川県	17	39170006	佐賀県	41	39410006
福井県	18	39180005	長崎県	42	39420005
山梨県	19	39190004	熊本県	43	39430004
長野県	20	39200001	大分県	44	39440003
岐阜県	21	39210000	宮崎県	45	39450002
静岡県	22	39220009	鹿児島県	46	39460001
愛知県	23	39230008	沖縄県	47	39470000
三重県	24	39240007			

# 神奈川県国民健康保険団体連合会

〒220-0003

横浜市西区楠町27番地1

神奈川県国保会館内

大代表 045-329-3400

## 神奈川県国保連合会案内図



○横浜駅から徒歩12分

### 主な担当部署

部署名	ダイヤルイン	FAX	備考
総務部総務課	045-329-3401	045-329-3404	入館・郵便物等窓口
企画事業部企画調査課	045-329-3441	045-329-3444	特定健診
審査部審査第二課	045-329-3422	045-329-3424	診療報酬受付
審査管理部審査管理課	045-329-3411	045-329-3414	再審査医療機関申請
審査管理部審査調整課	045-329-3427	045-329-3434	レセプト取り下げ、届出等
介護福祉部福祉事業課	045-329-3472	045-329-3446	福祉医療費助成事業
介護福祉部福祉事業課	045-329-3416	045-329-3418	障害者支援
介護福祉部福祉事業課	045-329-3460	045-329-3418	出産育児一時金
情報管理部システム管理課	045-329-3463	045-329-3444	レセプト電算届出及びオンライン受付