WiseStaff 9 Plus

-県別用紙印字見本-

宮崎県版

NHOSA ノーザ

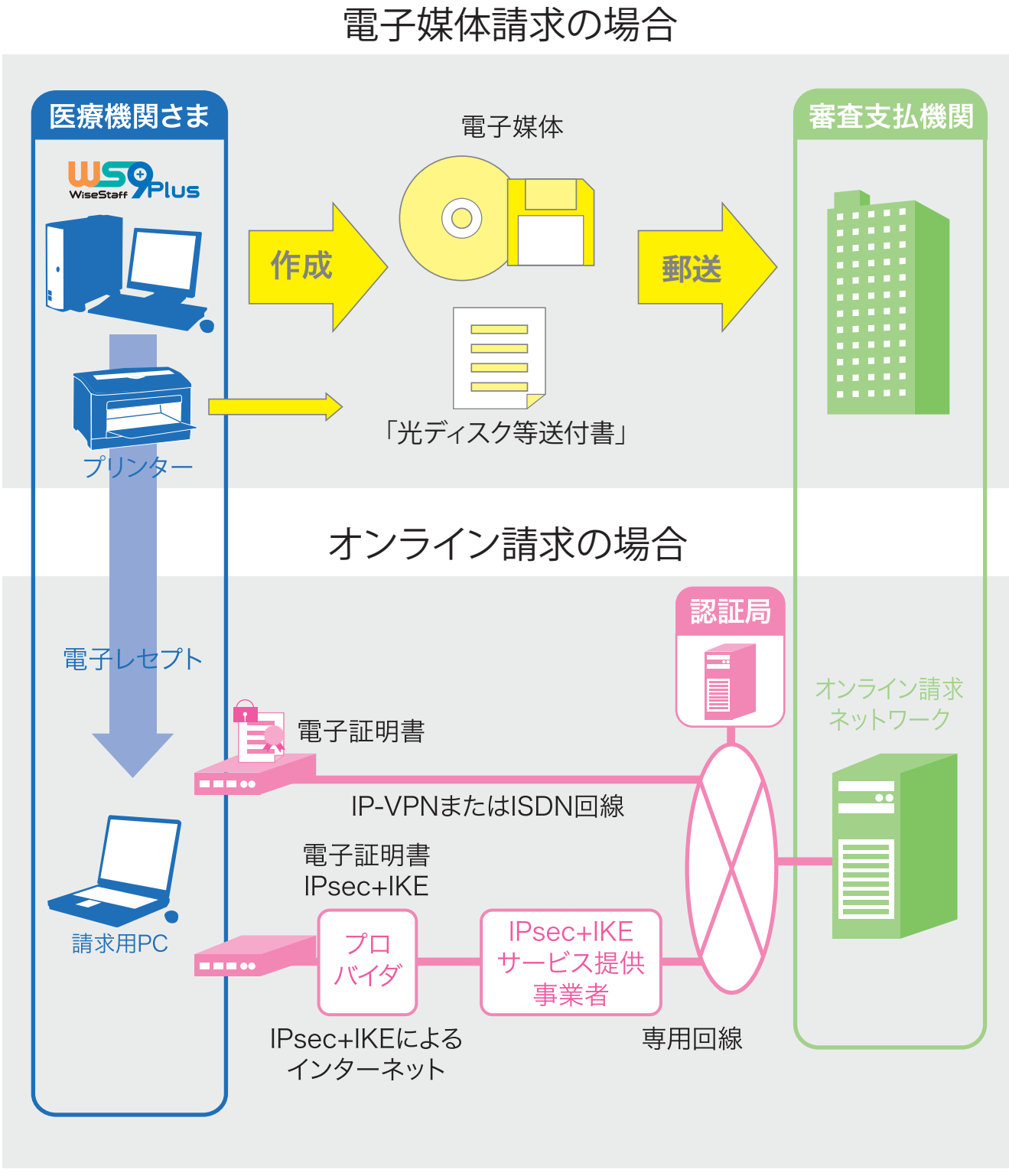
株式会社ノーザ

-電子レセプト請求-

電子レセプト請求の方法

宮崎県版

■電子レセプトの流れ



オーバーレイ印刷

宮崎県国民健康保険連合団体　　御中

住　所　宮崎県〇〇市××町１－１
　　ノーザビル
開設者
氏　名　ノーザ一郎　　印

光ディスク等送付書

見本

医療機関（薬局）コード	１２，３４５６，７		
医療機関（薬局）名称	ノーザ歯科医院		
点数表区分	医科・ＤＰＣ・(歯科)・調剤		
診療（調剤）月分	平成３０年　4月診療（調剤）分		
提出年月日	平成　３０年　５月　８日		
媒体種類	ＦＤ	ＭＯ	(ＣＤ－Ｒ)
媒体枚数	１　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、該当に〇を付すこと。

医療機関名称：　ノーザ歯科医院
医院所在地　：　東京都中野区中央 1-21-4
代表者名称　：　ノーザ一郎

==========

【 ノーザ　太郎　[ﾉｰｻﾞ ﾀﾛｳ]　カルテNo：　102　生年月日：T13. 5. 1　９１　（男）後期高齢者 9割　保険診療開始日：H27.10. 2 】
[主担当医:院長]

[　No.　36105]　[　歯科口腔リハビリテーション１が算定可能です。　]　[　　]　[ＨＴ単位]

歯番単位：┘４５６７ └１２６７
[　No.　36440]　[　義歯作成から６ヶ月以内の修理です。50/100の修理の点数ではないですか？　]　[　　]　[歯Ｔ単位]

【 ノーザ 花子　[ﾉｰｻﾞ ﾊﾅｺ]　カルテNo：　106　生年月日：H16.10.21　１１　（女）社保家族　保険診療開始日：H27.10. 2 】
[主担当医:院長]

[　No.　24010]　[　機械的歯面清掃処置が算定可能です。　]　[　　]　[ＨＴ単位]

【 ノーザ　次郎　[ﾉｰｻﾞ ｼﾞﾛｳ]　カルテNo：　110　生年月日：S20. 7.18　７０　（男）社保本人前高齢 8割保険診療開始日：H27.11.10 】
[主担当医:院長]

[　No.　23520]　[　歯周外科処置を算定して、投薬が算定されていません。　]　[H28. 5. 2]　[日単位]

【 ノーザ　博　[ﾉｰｻﾞ ﾋﾛｼ]　カルテNo：　108　生年月日：S 5.12. 3　８５　（男）後期高齢者 9割　保険診療開始日：H26.11. 1 】
[主担当医:院長]

処置単位：┘６
[　No.　20530]　[　算定（回数）エラー　]　[H28. 5.12]　[部位単位]
[　項目番号 ＝ 604　根管貼薬処置 ３根（ＲＣＴ）　点数 ＝ 46]

【 ノーザ 一郎　[　　]　カルテNo：　109　生年月日：S12. 4. 1　７９　（男）後期高齢者 9割　保険診療開始日：H27.10. 2 】
[主担当医:院長]

[　No.　14429]　[　実日数１日で口腔内消炎手術(切開等)と実地指１の算定があります。ご確認下さい。　]　[　　]　[月単位]

【 ノーザ 真悟　[ﾉｰｻﾞ ｼﾝｺﾞ]　カルテNo：　105　生年月日：H 7. 1.15　２１　（男）社保家族　保険診療開始日：H27.11. 1 】
[主担当医:院長]

[　No.　14454]　[　SRP･PCur(100/100)の点数と歯周外科が混在しています。　]　[　　]　[ＨＴ単位]

【 ノーザ　一馬　[ﾉｰｻﾞ ｶｽﾞﾏ]　カルテNo：　103　生年月日：S40.10.30　５０　（男）国保本人（7割）　保険診療開始日：H27.10.10 】
[主担当医:院長]

処置単位：┐７
[　No.　20690]　[　歯の種類(大小乳前8番)が一致しない処置の算定があります。　]　[H28. 5.11]　[部位単位]
[　項目番号 ＝ 1202　支台築造【メタルコア】前・小　点数 ＝ 190]
[　No.　36105]　[　歯科口腔リハビリテーション１が算定可能です。　]　[　　]　[ＨＴ単位]

【ノーザ　昌也　[ﾉｰｻﾞ ﾏｻﾔ]　カルテNo：　104　生年月日：S23. 3.23　６８　（男）国保本人（７割）　保険診療開始日：H27.10. 2 】
[主担当医:院長]

処置単位：┐７
[　No.　36660]　[　補綴時診断料(床修理・床裏装)ではなく(新製)では？　]　[H28. 5. 9]　[部位単位]

【ノーザ　康枝　[ﾉｰｻﾞ ﾔｽｴ]　カルテNo：　107　生年月日：S21. 3. 3　７０　（女）国保本人 前高齢 8保険診療開始日：H27.11. 5 】
[主担当医:院長]

歯番単位：┐１２３４５７ ┌１２３４５６７
[　No.　36360]　[　1初診内で、有床義歯と義歯ＩｍｐがありＢＴがない　]　[　　]　[歯Ｔ単位]

【ノーザ　智夫　[ﾉｰｻﾞ ﾄﾓｵ]　カルテNo：　112　生年月日：S33. 3.23　５８　（男）社保本人　保険診療開始日：H28. 5. 2 】
[主担当医:院長]

[　No.　14567]　[　ＳＲＰ・ＰＣｕｒから検査までの期間は２週間以上必要です。　ご確認下さい。　]　[　　]　[ＨＴ単位]

-紙レセプト請求-

所定用紙に ダイレクト印刷

平成 30 年 5 月分診療報酬総括票

事務済印

審査済印

歯

県内分	県外分	当月分	月遅れ

保険医療機関			保険医療機関の所在地及び名称、開設者氏名
	標榜科	歯　科	〒（８１２－００１３　） 福岡市博多区博多駅東3ー1ー1 ＮＯＲＩＴＺビル福岡４Ｆ ノーザ歯科医院 ノーザ 太郎 ＴＥＬ（０９２）（４７４－１７７７　）
	コード	１２３，４５６，７	

入力バッチ						
県番号 ⑧	決済コード ②	点数区分 ③	種別コード ④	係コード ⑤	No. ⑥	ラスト ⑦
45		3	1	B		

請求書枚数 ⑭	明細書枚数 ⑮	返戻枚数 ⑯

国保分	区分	入院 件数	入院 点数	入院外 件数	入院外 点数
	一般			11	5,130
	退職者			2	1,530
	合計			13	6,660

見本

後期分	区分	入院 件数	入院 点数	入院外 件数	入院外 点数
	合計			3	1,296

国保+後期	区分	入院 件数	入院 点数	入院外 件数	入院外 点数
	総合計			16	7,956

※高額レセプト件数(再掲)　　件

※　高額レセプト件数欄（再掲）には、８万点以上のレセプト件数を記載して下さい。
なお、８万点以上のレセプトには、**日計表及び理由書を添付のうえ別綴じ**で提出して下さい。

担当者	入力年月日	検印
	年　月　日	

第三者行為（交通事故等）に該当する場合は、レセプトの**特記事項欄**に**『10・第三』**と、洩れのないように記載をお願いします。

宮崎県国民健康保険団体連合会

H26.2月　17,530枚

歯

平成 30 年 5 月分診療報酬明細書送付票

受付印

受付月日　月　日

保険医療機関	医療機関コード
	１２３，４５６，７

県内分	県外分	当月分	月遅れ

送付月日		件数	点数
月　日	（国保分）	13	6,660
送付別	（後期分）	件数	点数
直送・郵送		3	1,296

㊟　太線の枠内のみ保険医療機関において記入し、毎月10日までに必着するようにご提出下さい。

オーバーレイ印刷

平成　30 年 5　月分診療報酬請求書（歯科）　（県内分）

様式第六

保険者　中央建設

県　　市町村　殿

保険医療機関の所在地及び名称　福岡市博多区博多駅東３－１－１ ＮＯＲＩＴＺビル福岡４Ｆ　（宮崎県）
電話番号　ノーザ歯科医院
開設者氏名　092-474-1777　ノーザ 太郎　印

下記の通り請求する。

平成 30 年 5 月 2 日

保険者番号	県番号	医療機関コード
1 3 3 2 6 4	4 5	1 2 3 4 5 6 7

表別	
歯科	3

区分				療養の給付 件数	日数	点数	一部負担金	食事療養・生活療養 件数	回数	金額	標準負担額
一般	一般・低所得七〇歳以上	請求	入院 21								
			入院外 22								
		※決定	入院								
			入院外								
	七〇歳以七割	請求	入院 23								
			入院外 24								
		※決定	入院								
			入院外								
	一般被保険者	請求	入院 25								
			入院外 26	2	2	864					
		※決定	入院								
			入院外								
	六歳	請求	入院 27								
			入院外 28	1	1	571					
		※決定	入院								
			入院外								
退職者	本人	請求	入院 29								
			入院外 30								
		※決定	入院								
			入院外								
	被扶養者	請求	入院 35								
			入院外 36								
		※決定	入院								
			入院外								
	六歳	請求	入院 37								
			入院外 38								
		※決定	入院								
			入院外								
公費負担医療	公費番号 81 割合 2	請求	入院 43								
			入院外 44	1	1	571	300				
		※決定	入院								
			入院外								
	公費番号 90 割合 7	請求	入院 45								
			入院外 46	2	2	864					
		※決定	入院								
			入院外								

見本

備考

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

注1. この用紙は、A列4番とすること。
2. ※印の欄は、記入しないこと。

オーバーレイ印刷

平成 30 年 5 月分診療報酬請求書（歯科）　（県内分）

（宮崎県）

保険者番号	県番号	医療機関コード	表別
1 3 3 2 6 4	4 5	1 2 3 4 5 6 7	歯科 3

様式第六

区分			療養の給付				食事療養・生活療養			
			件数	日数	点数	一部負担金	件数	回数	金額	標準負担額
公費負担医療	公費番号 90 割合 3	請求 入院 43								
		請求 入院外 44	10	10	6,666	22,222				
		※決定 入院								
		※決定 入院外								
	公費番号 割合	請求 入院 45								
		請求 入院外 46								
		※決定 入院								
		※決定 入院外								
	公費番号 割合	請求 入院 47								
		請求 入院外 48								
		※決定 入院								
		※決定 入院外								
	公費番号 割合	請求 入院 49								
		請求 入院外 50								
		※決定 入院								
		※決定 入院外								
	公費番号 割合	請求 入院 51								
		請求 入院外 52								
		※決定 入院								
		※決定 入院外								
	公費番号 割合	請求 入院 53								
		請求 入院外 54								
		※決定 入院								
		※決定 入院外								
	公費番号 割合	請求 入院 55								
		請求 入院外 56								
		※決定 入院								
		※決定 入院外								

見本

注1. この用紙は、A列4番とすること。　　2. ※印の欄は、記入しないこと。

オーバーレイ印刷

診療報酬請求書（歯科・入院外）

別　記　殿

医療機関コード　１ ２ ３ ４ ５ ６ ７　　都道府県番号　１３

保険医療機関の所在地及び名称　東京都中野区中央１－２１－４　ノーザビル　ノーザ歯科医院

開設者氏名　ノーザ　一郎

03-5348-1881　印

下記のとおり請求します。　平成３０年　５月　２日

様式第一（三）（第二条関係）

区分			件数	診療実日数	点数	一部負担金
医療保険	医保(70以上 一般・低所得)と公費の併用					
	医保単独(七〇以上一般・低所得)	01 (協会)	6	6	4,865	
		02 (船) 職務上				
		02 (船) 職務外				
		03 (日)				
		04 (日特)				
		31～34(共) 下船3月				
		31～34(共) 一般				
		06 (組)	6	23	80,433	28,000
		63・72～75 (退)				
		小　計	12	29	85,298	28,000
	医保(70以上7割)と公費の併用					
	医保単独(七〇以上七割)	01 (協会)	4	7	6,170	
		02 (船) 職務上				
		02 (船) 職務外				
		31～34(共) 下船3月				
		31～34(共) 一般				
		06 (組)	2	7	32,456	44,400
		63・72～75 (退)				
		小　計	6	14	38,626	44,400
	医保本人と公費の併用					
	医保単独(本人)	01 (協会)	43	61	65,597	35,400
		02 (船) 職務上				
		02 (船) 職務外				
		03 (日)	1	2	2,491	
		04 (日特)				
		31～34(共) 下船3月				
		31～34(共) 一般	11	14	7,793	
		06 (組)	16	22	60,515	150,148
		07 (自)				
		63・72～75 (退)				
		小　計	71	99	136,396	185,548
	医保家族と公費の併用					
	医保単独(家族)	01 (協会)	22	29	21,946	
		02 (船)				
		03 (日)				
		04 (日特)				
		31～34 (共)	12	14	10,441	
		06 (組)	13	18	112,610	117,926
		63・72～75 (退)	1	1	511	
		小　計	48	62	145,508	117,926
	医保(6歳)と公費の併用					
	医保単独(六歳)	01 (協会)	4	4	1,932	
		02 (船)				
		03 (日)	1	1	113	
		04 (日特)				
		31～34 (共)				
		06 (組)				
		63・72～75 (退)				
		小　計	5	5	2,045	
	① 合計		143			375,874

見本

オーバーレイ印刷

医療機関コード　１ ２ ３ ４ ５ ６ ７

区　分			件　数	診療実日数	点　数	一部負担金（控除額）
公費負担	公費と医保の併用	12（生保）				
		10（感染症 37の2）				
		②計				
	公費単独	12（生保）	9		7,570	
		11（感染症 37の2）				
		20（精神 29）				
		③計	9		7,570	
総件数①＋②＋③			152	件	請求金額	円
明細書枚数①＋③			152	枚		

備　考

※算　定　額						
※本人点数						
※家族	点　数					
	金　額					

見本

オーバーレイ印刷

診療報酬明細書（歯科）

平成 30 年 5 月分　県番 13　医コ 1 2 3 4 5 6 7　3 歯科　1 社　1 単独　2 本外

――		――	
公負①		公受①	

保険	0 6 1 3 8 0 9 3
記号・番号	1 2 3 4 5 6

氏名	ノーザ 花子 2 女　3 昭 47. 6.22 生	特記事項	届出 補管 歯初診
職務上の事由			

保険医療機関所・名
東京都中野区中央１－２１－４
ノーザビル
ノーザ歯科医院
ノーザ 一郎　03-5348-1881

傷病名部位	
	7～5 3～3 5～7 / 7～5 3～3 5～7 P　7｜ Per　5｜ C　⌈8 下顎骨性完全埋伏智歯
開始日	30 年 5 月 3 日
実日数	6 日（ 日）
転帰	治癒　死亡　中止

区分	内容	点
初診	234　時間外　休日　深夜　乳　乳・時間外　乳・休日　乳・深夜　特　特導　特連　特地　外来環	234
再診	45x5　時間外　休日　深夜　乳　乳・時間外　乳・休日　乳・深夜　特　再外来環	225
管理・リハ	歯管 100 +10 + + + +　義管　実地指　P画像　歯リ　その他	180
投薬・注射	内・屯・外・注 14x3 1x6　調 9x2　処方 42x2 +　情 +　処 +　注	150
X線検査	全顎 枚　標 38x1　パ317x1　色調　S培　EMR 60x1　P混検　顎運動　P部検　基本検査 200x1　精密検査　その他	615
処置・手術	う蝕　保護処置　填塞　知覚過敏　咬調　抜髄　感根処 438x1　根貼 46x2　根充 114x1　加圧根充 200x1 +　生切　除去 16x1　F局　T.cond　歯清 68	912
	SC 68x2 +38x4 +　SRP 前 小 大　前 小 大　PCur 前 小 大　前 小 大　SPT(Ⅰ)　SPT(Ⅱ)　P処　P基処 10	298
	抜歯 乳 前 + 臼 + 埋 1050x1 + 100x1　切開	1,150
	その他　特定薬剤	
麻酔	伝麻　浸麻　その他	
歯冠修復及び欠損補綴	補診　維持管理　歯冠形成（生単）前C金硬 乳　（失単）前C金硬 + + 乳　（窩洞）+ +　（生ブ）前接 + 金 +　（失ブ）前 + + 金 + +　印象 64x1　TeC　修理　咬合 18x1　試適　支台印象　支台築造 メタル 前小 大　その他 前小 大　修形 120x1　充形 +	202
	金属歯冠修復 乳前小銀　前小パ 521x1　大銀　大銀　硬ジ　乳　仮着　装着 45x1 +　充填1　充填2　材充Ⅰ　材充Ⅱ	566
	ポンティック 前装 パ前 パ小 パ大　銀前 銀小 銀大　鋳造 パ大 パ小 銀　CAD 小 大　バー 鋳パ コ　装着材料 17x1　リテイナー　Br装着　屈曲 不特　保	17
	有床義歯 1~4歯 5~8歯 9~11歯 12~14歯 総義歯　床適合　鋳造14K鉤 双大 双小 腕大 腕犬小 腕前　パ 双大 双小 腕大 腕犬小 腕前　線鉤 14K 双 レストアリ　コ 双 腕　不・特 双 レストアリ　レストナシ　間接　床修理 + + + + + +　人工歯	
	その他	
その他	情共 120	120

摘要	公費分点数			合計	
歯清（1回目）保険医療機関名：ノーザ総合病院 フロモックス錠100mg 3Tx3 ロキソニン錠60mg 1T x6	請求		点		4，599 点
	決定	※	点		
	患者負担額（公費）		円	決定	※ 点
	高額療養費	※	円	一部負担	円

見本

23604000000012300000004560
0613809312345670004599300201100000030630055000000000000000000050311210

オーバーレイ印刷(株)

続紙

平成 30年 5月分 県番 13 医コ 1 2 3 4 5 6 7

3歯科	3後期	1単独	8高一

――		――	
公負①		公受①	

保険	3	9	1	4	1	0	4	9	
記号・番号									
	0	1	2	3	4	5	6	7	

氏名 ワイズ 六助

2男 3 昭 3．3．3生

東京都中野区中央1-21-4
ノーザビル
ノーザ歯科医院
ノーザ一郎 03-5348-1881

◆◆◆摘要 ◆◆◆

居宅：脳梗塞後遺症による片麻痺、パーキンソン病、認知症

訪問「 5月 6日 12:30～13:50」
指導「 5月 6日 13:50～14:30」
訪問「 5月12日 12:30～13:45」
指導「 5月12日 13:45～14:10」
訪問「 5月19日 12:30～13:30」
指導「 5月19日 13:30～13:50」
訪問「 5月26日 12:30～13:15」
指導「 5月26日 13:15～13:40」

見本

所定用紙に ダイレクト印刷

後期高齢者医療　請求添付票

審査済印

歯

平成 30 年 5 月分

県（内）分	県　外　分

当（月）分	月（遅れ）分

保険医療機関				
	標榜科	歯　科	保険医療機関の所在地及び名称、開設者氏名	（８１２－００１３　）
	コード	１２３，４５６，７		福岡市博多区博多駅東３－１－１ ＮＯＲＩＴＺビル福岡４Ｆ ノーザ歯科医院 ノーザ 太郎 TEL（　０９２）－（４７４－１７７７　）

入力バッチ						
県番号	決済コード	点数区分	種別コード	係コード	No.	ラスト
45		3	7	B		

確認	検印

件数	担当者	入力年月日	担当者
8		年　月　日	

見本

様式第八

平成 30 年 5 月分診療報酬請求書（歯科）

保険者

宮崎 県

保険医療機関の所在地及び名称 福岡市博多区博多駅東3-1-1 ＮＯＲＩＴＺビル福岡４Ｆ
電話番号 ノーザ歯科医院 092-474-1777
開設者氏名 ノーザ 太郎 印

（宮崎県）

下記のとおり請求する。

平成 30 年 6 月 1 日

保険者番号	県番号	医療機関コード
3945 0002	45	1234567

表別	
歯科	3

区分				療養の給付 件数	療養の給付 日数	療養の給付 点数	療養の給付 一部負担金	食事療養・生活療養 件数	食事療養・生活療養 回数	食事療養・生活療養 金額	食事療養・生活療養 標準負担額
後期高齢者医療	九割	請求	入院 01								
			入院外 02	1	1	432					
		※決定	入院								
			入院外								
	七割	請求	入院 03								
			入院外 04	2	2	864					
		※決定	入院								
			入院外								

区分				療養の給付 件数	療養の給付 日数	療養の給付 点数	療養の給付 一部負担金	食事療養・生活療養 件数	食事療養・生活療養 回数	食事療養・生活療養 金額	食事療養・生活療養 標準負担額
公費負担医療	公費番号	請求	入院 05								
			入院外 06								
		※決定	入院								
			入院外								
	公費番号	請求	入院 07								
			入院外 08								
		※決定	入院								
			入院外								
	公費番号	請求	入院 09								
			入院外 10								
		※決定	入院								
			入院外								
	公費番号	請求	入院 11								
			入院外 12								
		※決定	入院								
			入院外								

備考

※高額療養費	件数	
	金額	円

注1. この用紙は、A列4番とすること。
2. ※印の欄は、記入しないこと。

所定用紙に ダイレクト印刷

入力バッチ						
県番号	決済コード	点数区分	種別コード	係コード	No.	ラスト
45	6	3	1			

請求書枚数 ⑭	明細書枚数 ⑮	返戻枚数 ⑯

㊥ 〔国保連合会提出〕

平成 30 年 5 月診療分　母子・父子等医療総括票（社保併用分）

機関コード	１２３，４５６，７	保険医療機関の所在地及び名称、開設者氏名	〒（８１２－００１３　） 福岡市博多区博多駅東３－１－１ ＮＯＲＩＴＺビル福岡４Ｆ ノーザ歯科医院 ノーザ 太郎 ＴＥＬ（０９２－４７４－１７７７　）

見本

区分		件数	点数	一部負担金
母子・父子等医療	入院			
	入院外	4	1,828	5,500
	計	4	1,828	5,500

担当者	入力年月日	担当者	担当者
	年　月　日		

宮崎県国民健康保険団体連合会

注）太線の枠内のみ保険医療機関において記入してください。

H26.2月　1,840枚

NHOSA
ノーザ

WiseStaffは47都道府県 全県対応

（※一部販売代理店の担当地域含む）

県別の印字見本も随時作成しておりますので担当営業までお問い合わせください。

２０１６年10月5日作成

各種印刷物の仕様は本書作成時のものです。
実際の帳票では一部表示が異なる場合がございますので詳しくは販売担当員までご確認下さい。

NHOSA ノーザ 株式会社ノーザ

福岡支店

〒812-0013
福岡県福岡市博多区博多駅東3-1-1
NORITZビル福岡４F
TEL 092(474)1777　FAX 092(474)4186

http://www.nhosa.com

ノーザ　検索

「ノーザ」または「NHOSA」と入力して検索ください。

LOVE & CARE