



-県別用紙印字見本-

熊本県版



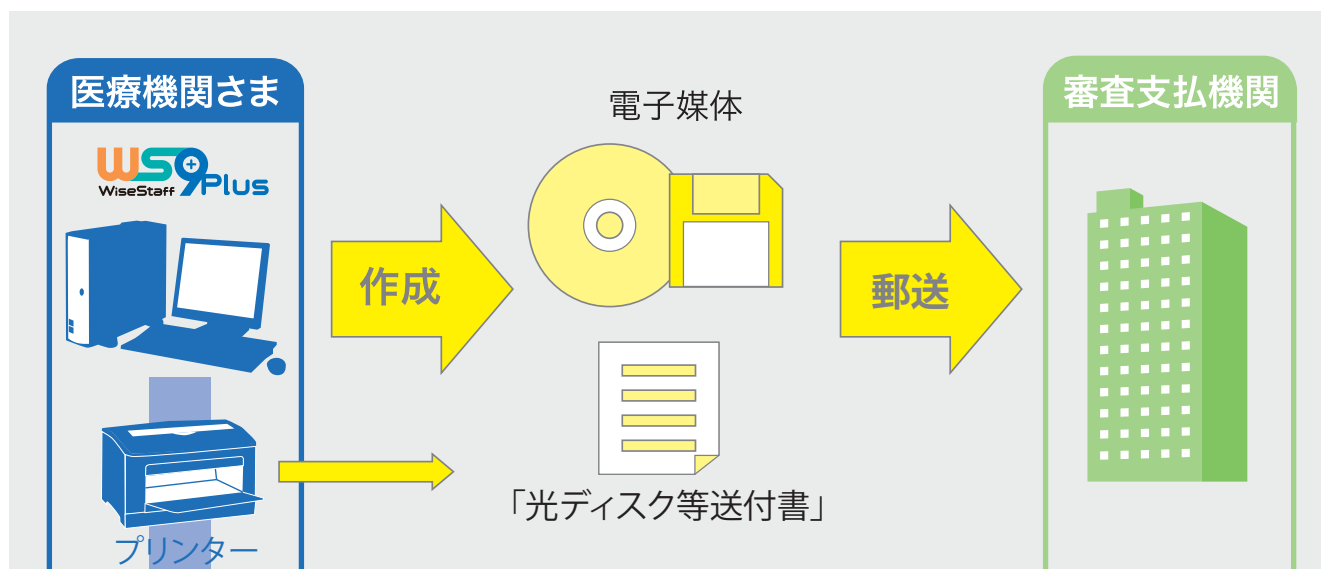
-電子レセプト請求-

電子レセプト請求の方法

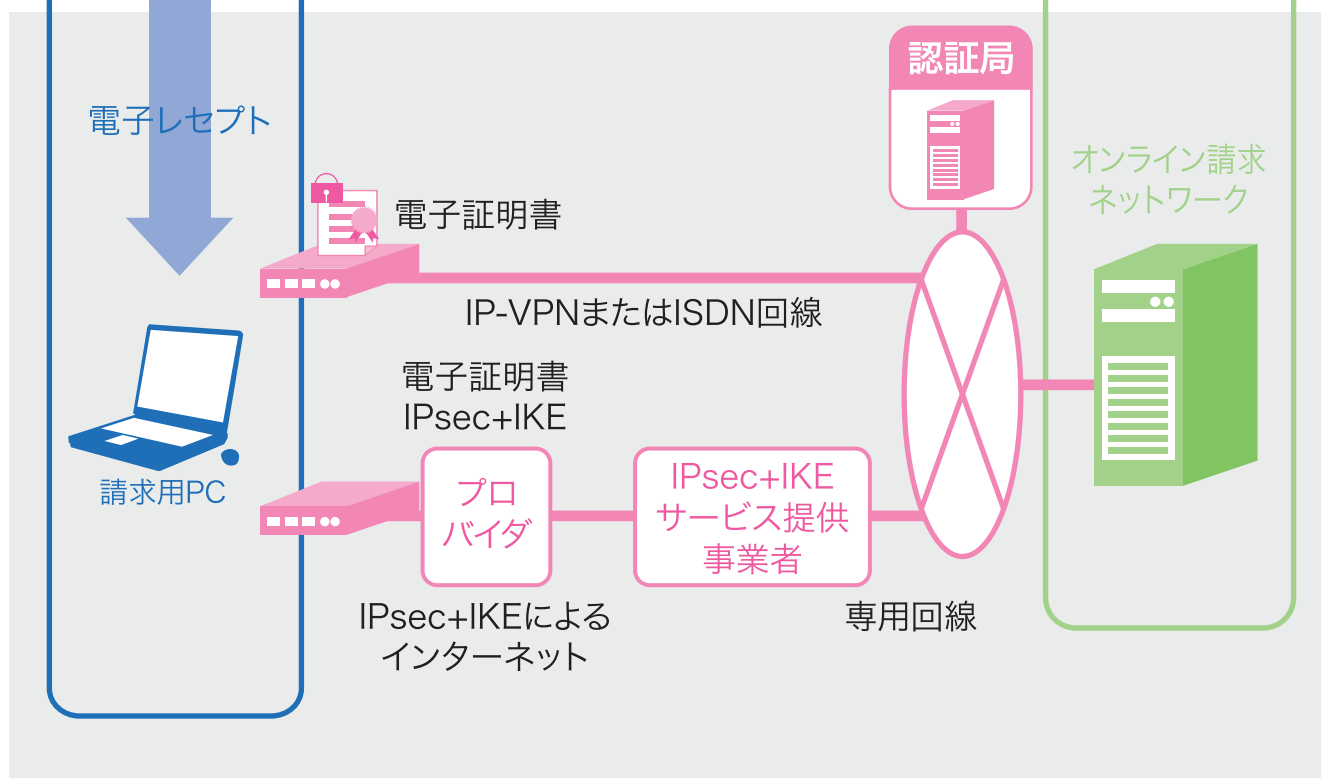
熊本県版

■ 電子レセプトの流れ

電子媒体請求の場合



オンライン請求の場合



熊本県国民健康保険連合団体 御中

住 所 熊本県〇〇市××町1-1
開設者 ノーザビル
氏 名 ノーザー一郎

印

光ディスク等送付書

見本

医療機関（薬局）コード	1 2 , 3 4 5 6 , 7		
医療機関（薬局）名称	ノーザ歯科医院		
点数表区分	医 科 ・ D P C ・ <u>歯科</u> ・ 調 剤		
診療（調剤）月分	平成 3 0 年 4 月 診療（調剤）分		
提出年月日	平成 3 0 年 5 月 8 日		
媒体種類	F D	M O	<u>C D - R</u>
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○を付すこと。

ー紙レセプト請求ー

医療機関コード
123,456,7

食事療養・生活療養

見本

[illegible]

平成20年04月改正

保険者 (別記) 熊本市 殿

医療機関コード 1 2 3 , 4 5 6 , 7

4 3 0 0 1 7

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

下記のとおり請求する

平成30年6月6日

国民健康保険

開設者氏名

ノーザ歯科医院
ノーザ 太郎
092-474-1777

印

法制 番号					療 養 の 給 付				食 事 療 養			
					件 数	診療実日数	点 数	一部負担金	件 数	日 数	金 額	標準負担額
91	一般(七〇歳以上)	一般・低所得)	請求	入院				円			円	円
			請求	入院外								
			※決定	入院								
			※決定	入院外								
90	一般(七〇歳以上七割)		請求	入院								
			請求	入院外								
			※決定	入院								
			※決定	入院外								
25	一般被保険者		請求	入院								
			請求	入院外	33	66	66,666					
			※決定	入院								
			※決定	入院外								
95	一般(六歳)		請求	入院								
			請求	入院外								
			※決定	入院								
			※決定	入院外								
67	退職(本人)		請求	入院								
			請求	入院外								
			※決定	入院								
			※決定	入院外								
68	退職(被扶養者)		請求	入院								
			請求	入院外								
			※決定	入院								
			※決定	入院外								
96	退職(六歳)		請求	入院								
			請求	入院外								
			※決定	入院								
			※決定	入院外								

見本

公費負担医療

					療 養 の 給 付				食 事 療 養			
					件 数	診療実日数	点 数	一部負担金	件 数	日 数	金 額	標準負担額
○			請求	入院				円			円	円
			請求	入院外								
			※決定	入院								
			※決定	入院外								
○			請求	入院								
			請求	入院外								
			※決定	入院								
			※決定	入院外								
○			請求	入院								
			請求	入院外								
			※決定	入院								
			※決定	入院外								

備考

注意 ※印の欄は記入しないこと。

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

平成 30 年 4 月診療報酬総括票(後期)

8	1	2		0	0	1	3
---	---	---	--	---	---	---	---

標榜科名	保険医療機関の所在地・名称及び開設者氏名
歯科	

福岡市博多区博多駅東3-1-1
NORITZビル福岡4F
ノ一ザ歯科医院
ノ一ザ 本館

TEL 092-474-1777

医療機関コード
123,456,7

 オーバーレイ印刷

※印刷後ペン等で赤いラインを引く必要があります。

見本

項目 都道府県名	後 期 高 齢 者 医 療										
	後期高齢9割				後期高齢7割				食事療養・生活療養 金 額		標準負担額
	件数	点数	件数	点数	件数	点数					
熊本県	入										
	外	10	11,111								
	入										
	外										
	入										
	外										
	入										
	外										
	入										
	外										
計	入										
	外	10	11,111								
	入										
	外										
	入										
	外										
	入										
	外										
	入										
	外										

公費 番号	入 院		入 院		入 院		公費 番号	食事療養・生活療養		食事療養・生活療養		受 付	印	審 査	済 印	件 数
	件数	点 数	件数	点 数	件数	点 数		件数	金 額	標準負担額	件数					

10

(注) 1 各項目の総合計は、1枚目の計欄に記入すること。
2 総件数を右下の「件数」欄に記入すること。

平成20年04月改正



療報酬請求書 (医科) (歯科) No. 2

熊本市

広域連合殿

医療機関
コード

1 2 3 , 4 5 6 , 7

様式第六 (第一条関係)

下記のとおり請求する

平成 30 年 6 月 6 日

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

開設者氏名

ノーザ歯科医院
ノーザ 太郎
092-474-1777

㊞

後期高齢者医療

			療 養 の 給 付				食 事 療 養			
			件 数	診療実日数	点 数	一 部 負 担 金	件 数	日 数	金 額	標準負担額
九 後 期 割 高 齢	請 求	入 院				円			円	円
		入院外	20	40	22,222					
	※決定	入 院								
		入院外								
七 後 期 割 高 齢	請 求	入 院								
		入院外								
	※決定	入 院								
		入院外								

公費負担医療

			療 養 の 給 付				食 事 療 養			
			件 数	診療実日数	点 数	一 部 負 担 金	件 数	日 数	金 額	標準負担額 (公費分)
○	請 求	入 院				円			円	円
		入院外								
	※決定	入 院								
		入院外								
○	請 求	入 院								
		入院外								
	※決定	入 院								
		入院外								
○	請 求	入 院								
		入院外								
	※決定	入 院								
		入院外								
○	請 求	入 院								
		入院外								
	※決定	入 院								
		入院外								
○	請 求	入 院								
		入院外								
	※決定	入 院								
		入院外								

備 考

注意 ※印の欄は記入しないこと。

※高額療養費

件数

金額

円

平成 20 年 04 月 改正

別 記 殿

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

開設者氏名 ノーザビル

ノーザ歯科医院

ノーザ 一郎

下記のとおり請求します。 平成30年 5月 2日

03-5348-1881

印

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(70以上 一般・低所得と公費の併用)				
医療単独(70以上 一般・低所得)				
01 (協会)	6	6	4,865	
02 (船) 職務上				
職務外				
03 (日)				
04 (日特)				
31~34(共) 下船3月				
一般				
06 (組)	6	23	80,433	28,000
63・72~75 (退)				
小 計	12	29	85,298	28,000
医療(70以上7割)と公費の併用				
医療単独(70以上7割)				
01 (協会)	4	7	6,170	
02 (船) 職務上				
職務外				
31~34(共) 下船3月				
一般				
06 (組)	2	7	32,456	44,400
63・72~75 (退)				
小 計	6	14	38,626	44,400
医療本人と公費の併用				
医療単独(本人)				
01 (協会)	43	61	65,597	35,400
02 (船) 職務上				
職務外				
03 (日)	1	2	2,491	
04 (日特)				
31~34(共) 下船3月				
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
医療家族と公費の併用				
医療単独(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
医療(6歳)と公費の併用				
医療単独(6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

								保 険		0 6 1 3 8 0 9 3			
公負①				公受①				記 号 ・ 番 号		1 2 3		4 5 6	
氏 名		ノーザ 花子				特 記 事 項		届 出		東京都中野区中央1-21-4			
2 女		3 昭 47. 6.22 生						(補管)		ノーザビル			
職務上の事由								(歯初診)		ノーザ歯科医院			
傷 病 名 部 位		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	
										実日数		6 日 ()	
										転 帰		治 癒	
										死 亡		中 止	
初診		234		時間外		休日		深夜		乳		234	
再診		45x5		時間外		休日		深夜		乳		225	
管理・リハ		100 +10 + + + +		100		10		10		10		180	
投薬・注射		④・⑤・外・注		14x3 1x6		調 9x2		処 方 42x2 +		情 +		150	
X線検査		全顎 38x1		色調 S 塔		P 混練		P 部練		基本 200x1		精密 615	
		パ 317x1		EMR		60x1				基本 検査		精 密 検査	
処 置		う 蝕 保護 処置		感 根		根		根		加圧 根 充		咬 調	
		438x1		貼 46x2		充 114x1		充 200x1 +		生 切		除 16x1 F 局	
		SC 68x2 +38x4		+ SRP 前 小 大		前 小 大		SPT(I) SPT(II) P 処		P 基 処 10		去 菌 清 68	
手 術		抜 歯 乳 前 + 白 +		理 1050x1 + 100x1		切 開						1,150	
その他													
麻酔		伝麻		浸麻		その他							
歯 冠 修 復		補 診		維持 管理		(前 C 金 硬 乳)		(前 C 金 硬 乳)		64x1		202	
		歯 冠 (生 単)		+ (生 単)		+ (生 単)		+ (生 単)		TeC 咬 合 18x1			
		支 台 印象		支 台 築 造		大 小 大 小 大 小		修 形 120x1		充 形 +			
		金 属 歯 冠 復 大 銀		521x1				硬 ジ 乳 仮 着 装 着 45x1 +		充 填 1 充 填 2		材 充 I 材 充 II	
欠 損 補 綴		ボ ン ティ ッ ク		バ 前 前 小 前 大		銀 前 銀 小 銀 大		バ 大 小 大 小 大 小		装 着 材 料 17x1		リ ティ ナ ー B 装 着	
		有 1~4 歯		床		鑄 造 14K		線 14 双 鉤 K レ ス ト ア リ		不 双 特 レ ス ト ア リ		レ ス ト ナ シ 間 接	
		5~8 歯		適		造 14K		双 腕 腕 腕 腕		床 修 理		+ + + +	
		9~11 歯		適		造 14K		双 腕 腕 腕 腕		床 修 理		+ + + +	
		12~14 歯		適		造 14K		双 腕 腕 腕 腕		床 修 理		+ + + +	
その他													
その他		情 共 120										120	
摘 要		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 3T x 3 ロ キ ソ ニ ン 錠 60mg 1T x 6								公 費 分 請 求 点 数 決 定 ※		点 合 計 4, 5 9 9 点	
										患 者 負 担 額 (公 費) ※		円 決 定 ※	
										高 額 療 養 費 ※		円 一 部 負 担	

236040000000123000000004560

0613809312345670004599300201100000030630055000000000000000050311210

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ください。



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 |

「ノーザ」または「NHOSA」と入力して検索ください。



LOVE & CARE