



-県別用紙印字見本-

鹿児島県版

NHOSA
ナーザ

株式会社 ナーザ

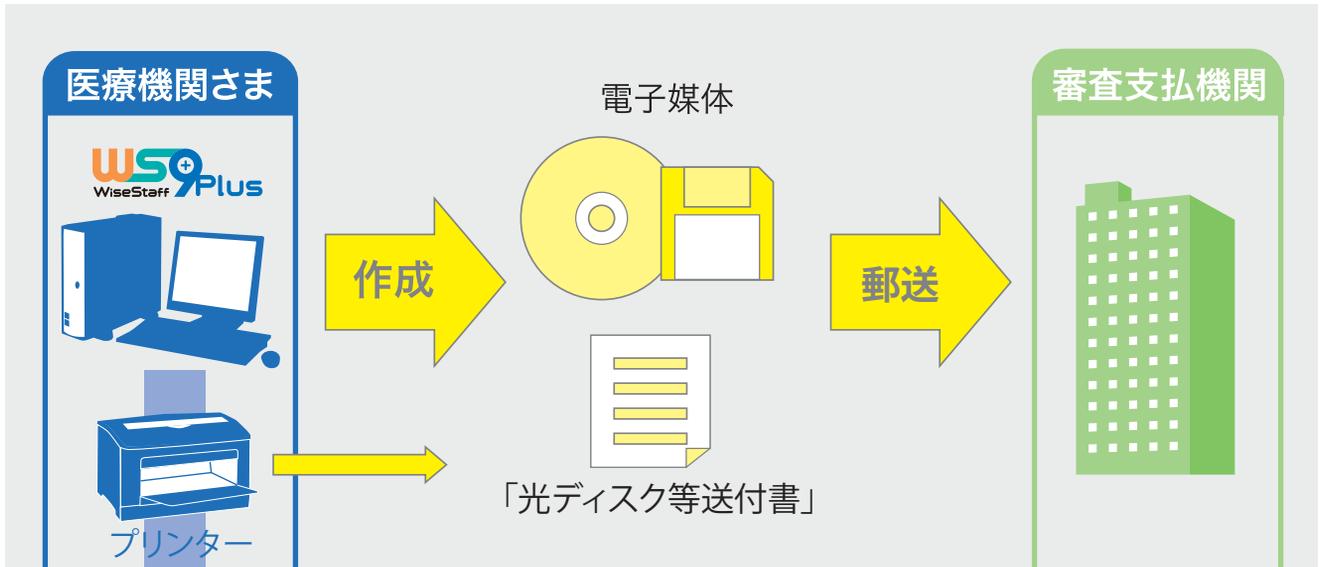
-電子レセプト請求-

電子レセプト請求の方法

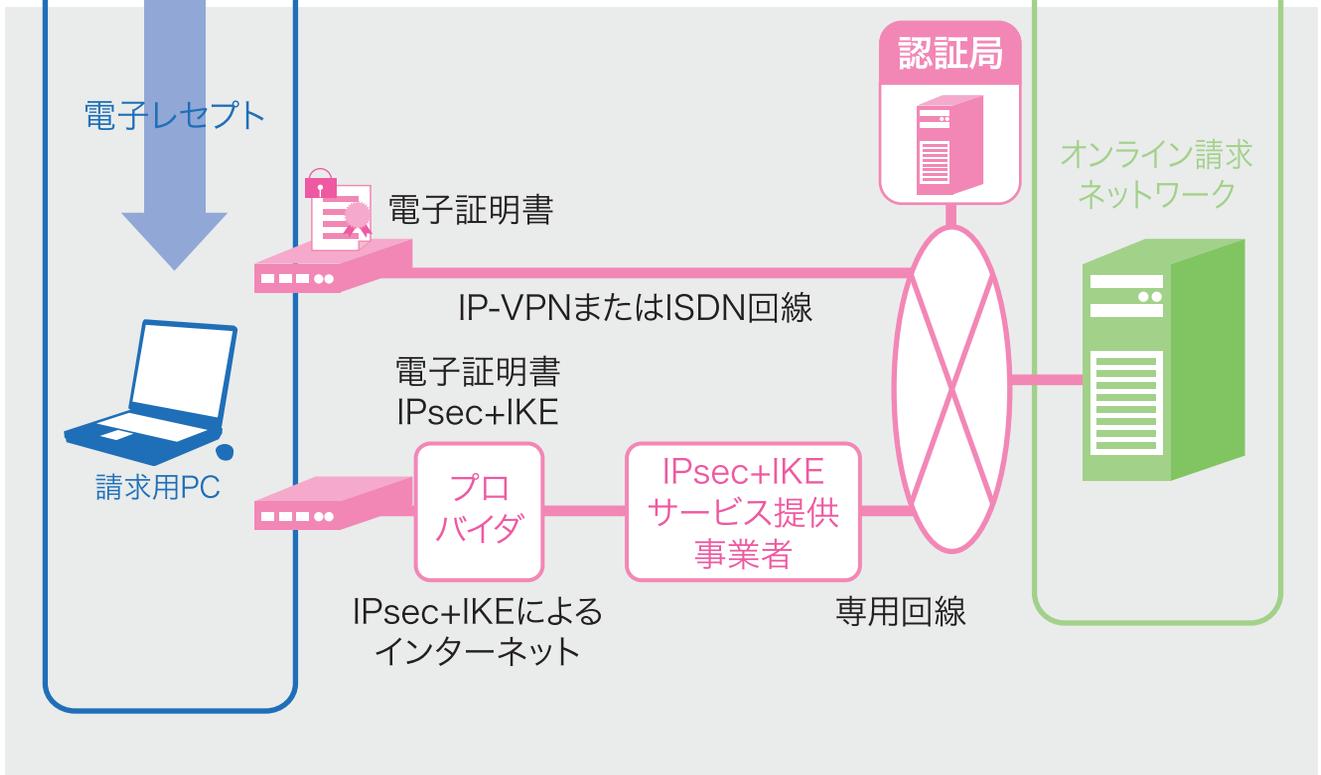
鹿児島県版

■ 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



鹿児島県国民健康保険団体連合会 御中

住 所 鹿児島県〇〇市××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 <input checked="" type="radio"/> 歯科 <input type="radio"/> 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 | <input type="radio"/> F D | <input type="radio"/> M O | <input checked="" type="radio"/> C D - 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○を付すこと。

医療機関名称：ノ一ザ 歯科医院
医院地址：東京都中野区中央 1-21-4
代表者名称：ノ一ザ 一郎

-
- 【ノ一ザ 太郎】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] が算定可能です。
- 歯番単位： J 4 5 6 7 L 1 2 6 7
- [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]
- 【ノ一ザ 花子】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。] [日T単位]
- 【ノ一ザ 次郎】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。] [日単位]
- 【ノ一ザ 博】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： J 6
- [No. 20530] [算定(回数) エラー
[項目番号 = 604 根管貼薬処置 3根 (RCT) 点数 = 46] [部位単位]
- 【ノ一ザ 一郎】カルテNo： 109 生年月日： S12. 4. 7 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]
- 【ノ一ザ 真悟】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。] [日T単位]
- 【ノ一ザ 一馬】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： J 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。
[項目番号 = 1202 支台築造【メタルコア】前・小 点数 = 190] [部位単位]
- [No. 36105] [歯科口腔リハビリテーション] が算定可能です。] [日T単位]
- 【ノ一ザ 昌也】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： J 7
- [No. 36660] [補綴時診断料(床修理・床裏装)ではなく(新製)では？] [部位単位]
- 【ノ一ザ 康枝】カルテNo： 107 生年月日： S21. 3. 3 70 (女) 国保本人 前高齢 8割 保険診療開始日： H27.11. 5]
[主担当医：院長]
- 歯番単位： J 1 2 3 4 5 7 F 1 2 3 4 5 6 7
- [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]
- 【ノ一ザ 智夫】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。] [日T単位]



-紙レセプト請求-

事務済印



県内分
県外・組合分

審査員コード

| | | | | |
|--------|-----|-----------|----------------------|--|
| 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 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 |
| | コード | 123,456,7 | | |

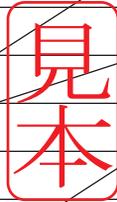
送付別
直送
・
郵送

入力送付票

| 係 | 送付番号 | 県コード | 点 |
|---|------|------|---|
| | | 46 | 3 |

| 総合計 | | | 国退分 | | | 後期高齢分 | | | 返戻件数 |
|--------|--------|--------|--------|-------|-------|--------|-------|-------|------|
| 請求保険者数 | 請求書総枚数 | 明細書総件数 | 請求保険者数 | 請求書枚数 | 明細書件数 | 請求保険者数 | 請求書枚数 | 明細書件数 | |
| 1 | 1 | 11 | | | | | | | |

| 区分 | 法制番号 | 入院 | 退院 | 療養の給付 | | 薬剤一部負担金 | 一部負担金 | 食事療養費 | | | |
|------|--------|----|-----|--------|----|---------|-------|-------|----|-------|--|
| | | | | 件数 | 点数 | | | 件数 | 金額 | 標準負担額 | |
| 国保 | 70以上9割 | 入院 | 25 | 019 | | | | | | | |
| | | 外来 | 25 | 029 | | | | | | | |
| | 70以上7割 | 入院 | 25 | 018 | | | | | | | |
| | | 外来 | 25 | 028 | | | | | | | |
| | 一般 | 入院 | 25 | 011 | | | | | | | |
| | | 外来 | 25 | 021 | 11 | 77,777 | | | | | |
| 6歳未満 | 入院 | 25 | 013 | | | | | | | | |
| | 外来 | 25 | 023 | | | | | | | | |
| 退職 | 本人 | 入院 | 67 | 111 | | | | | | | |
| | | 外来 | 67 | 121 | | | | | | | |
| | 70以上9割 | 入院 | 67 | 119 | | | | | | | |
| | | 外来 | 67 | 129 | | | | | | | |
| | 70以上7割 | 入院 | 67 | 118 | | | | | | | |
| | | 外来 | 67 | 128 | | | | | | | |
| 被扶養者 | 入院 | 67 | 211 | | | | | | | | |
| | 外来 | 67 | 221 | | | | | | | | |
| 6歳未満 | 入院 | 67 | 213 | | | | | | | | |
| | 外来 | 67 | 223 | | | | | | | | |
| 老人 | 9割 | 入院 | 27 | 319 | | | | | | | |
| | | 外来 | 27 | 329 | | | | | | | |
| | 7割 | 入院 | 27 | 318 | | | | | | | |
| | | 外来 | 27 | 328 | | | | | | | |
| 合計 | 入院 | | | | | | | | | | |
| | 外来 | | 11 | 77,777 | | | | | | | |



| | | | |
|-----|----|------|----------|
| 総合計 | 入院 | 件 | 点 |
| | 外来 | 11 件 | 77,777 点 |

(注) 太線の枠内のみ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ください。

保険者 薩摩川市内

殿

保険医療機関の
所在地及び名称
電話番号
開設者氏名

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
092-474-1777
ノーザ 太郎



下記の通り請求する。

| 保険者番号 | | | | | 県番号 | | 医療機関コード | | | | | | |
|-------|---|---|---|---|-----|---|---------|---|---|---|---|---|---|
| 4 | 6 | 0 | 1 | 5 | 4 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

平成 30 年 6 月 6 日
国民健康保険

| | | | 療養の給付 | | | | 食事療養 | | | | |
|------------|-----|-----|-------|------|--------|---------|-------|----|----|----|-------|
| | | | 件数 | 診療日数 | 点数 | 薬剤一部負担金 | 一部負担金 | 件数 | 日数 | 金額 | 標準負担額 |
| 一般(七〇以上九割) | 請求 | 入院 | 件 | 日 | 点 | | 円 | 件 | 日 | 円 | 円 |
| | | 入院外 | | | | | | | | | |
| | ※決定 | 入院 | | | | | | | | | |
| 一般(七〇以上七割) | 請求 | 入院 | | | | | | | | | |
| | | 入院外 | | | | | | | | | |
| | ※決定 | 入院 | | | | | | | | | |
| 一般被保険者 | 請求 | 入院 | | | | | | | | | |
| | | 入院外 | 40 | 150 | 80,000 | | | | | | |
| | ※決定 | 入院 | | | | | | | | | |
| 一般(六歳未満) | 請求 | 入院 | | | | | | | | | |
| | | 入院外 | | | | | | | | | |
| | ※決定 | 入院 | | | | | | | | | |
| 退職(本人) | 請求 | 入院 | | | | | | | | | |
| | | 入院外 | | | | | | | | | |
| | ※決定 | 入院 | | | | | | | | | |
| 退職(七〇以上九割) | 請求 | 入院 | | | | | | | | | |
| | | 入院外 | | | | | | | | | |
| | ※決定 | 入院 | | | | | | | | | |
| 退職(七〇以上七割) | 請求 | 入院 | | | | | | | | | |
| | | 入院外 | | | | | | | | | |
| | ※決定 | 入院 | | | | | | | | | |
| 退職(被扶養者) | 請求 | 入院 | | | | | | | | | |
| | | 入院外 | | | | | | | | | |
| | ※決定 | 入院 | | | | | | | | | |
| 退職(六歳未満) | 請求 | 入院 | | | | | | | | | |
| | | 入院外 | | | | | | | | | |
| | ※決定 | 入院 | | | | | | | | | |



注意 ※印の欄は記入しないこと。「一部負担金」の項は、薬剤一部負担金を除いた金額を記載すること。

平成 30 年 5 月分

診療報酬請求書(医科・歯科)

※審査員コード

殿
下記のとおり請求する。

保険医療機関の
所在地及び名称
開設者氏名

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
092-474-1777
ノーザ 太郎

平成 30 年 6 月 6 日

印

後期高齢者医療

| ※入力送付票 | | |
|--------|------|---|
| 係 | 送付番号 | 点 |
| | | |

| 広域連合番号 | | | | | | | 県番号 | 医療機関コード | | | | | | | | |
|--------|---|---|---|---|---|---|-----|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3 | 9 | 4 | 6 | 0 | 0 | 0 | 1 | 4 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

| 後 9 期 割 高 齢 | 請 求 | 入 院 | 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 | 標準負担金 | |
| 後 7 期 割 高 齢 | 請 求 | 入院 | 019 | | | | 円 | | | | 円 | 円 |
| | | 入院外 | 029 | 40 | 100 | 88,000 | | | | | | |
| | ※ 決 定 | 入院 | 019 | | | | | | | | | |
| | | 入院外 | 029 | | | | | | | | | |
| 後 7 期 割 高 齢 | 請 求 | 入院 | 017 | | | | | | | | | |
| | | 入院外 | 027 | | | | | | | | | |
| | ※ 決 定 | 入院 | 017 | | | | | | | | | |
| | | 入院外 | 027 | | | | | | | | | |

公費負担医療

| | 請 求 | 入 院 | 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 | 標準負担金 | |
| | 請 求 | 入院 | 041 | | | | 円 | | | | 円 | 円 |
| | | 入院外 | 042 | | | | | | | | | |
| | ※ 決 定 | 入院 | 041 | | | | | | | | | |
| | | 入院外 | 042 | | | | | | | | | |
| | 請 求 | 入院 | 041 | | | | | | | | | |
| | | 入院外 | 042 | | | | | | | | | |
| | ※ 決 定 | 入院 | 041 | | | | | | | | | |
| | | 入院外 | 042 | | | | | | | | | |
| | 請 求 | 入院 | 041 | | | | | | | | | |
| | | 入院外 | 042 | | | | | | | | | |
| | ※ 決 定 | 入院 | 041 | | | | | | | | | |
| | | 入院外 | 042 | | | | | | | | | |

備 考

※ 高額療養費

| | |
|----|---|
| 件数 | |
| 金額 | 円 |

注意 ※印の欄は記入しないこと。

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
 ノーザビル
 ノーザ歯科医院
 開設者氏名 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 | | | |
| | | 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 | | | |
| | | 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 | | | |
| | | 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

| | |
|-----|-----|
| 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 | 特記事項 | 届出 |
| 職務上の事由 | 2女 3昭 47.6.22 生 | (補管) | (歯初診) |

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 | 7~53~35~7 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 |
| 部位 | | 実日数 | 6日() |
| | | 転帰 | 治癒 死亡 中止 |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|----|------|-----|----|----|---|-------|------|------|---|----|----|----|-----|-----|
| 初診 | 234 | 時間外 | 休日 | 深夜 | 乳 | 乳・時間外 | 乳・休日 | 乳・深夜 | 特 | 特導 | 特選 | 特進 | 再外環 | 234 |
| 再診 | 45x5 | 時間外 | 休日 | 深夜 | 乳 | 乳・時間外 | 乳・休日 | 乳・深夜 | 特 | 特導 | 特選 | 特進 | 再外環 | 225 |

| | | | | | | | |
|-------|------------------|-------|-----------|-----|-----|-----|-----|
| 管理・リハ | 100 + 10 + + + + | 養 | 実地指 | P画像 | 術 | その他 | 180 |
| 投薬・注射 | ④・⑤・外・注 14x3 1x6 | 調 9x2 | 処方 42x2 + | 情 + | 処 + | 注 | 150 |

| | | | | | | | | |
|------|-------|--------|------|------|----------|-------|-----|-----|
| X線検査 | 全類 枚 | 色調 S 増 | P 脱換 | P 脱換 | 基本 200x1 | 精密 検査 | その他 | 615 |
| | 38x1 | EMR | 顎運動 | | | | | |
| | 317x1 | | | 60x1 | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|----|---|---------|--------|---------|-----------|---|---|------|-------|-----|
| 処置 | 抜 | 感 | 根 | 根 | 加 | 生 | 除 | 16x1 | F局 | 912 |
| | 髓 | 処 438x1 | 貼 46x2 | 充 114x1 | 根 200x1 + | 切 | 去 | | I.cnd | |
| | | | | | | | | | 歯清 68 | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|----|----------------|---|-------|---|---|---|----------------|----|--------|---------|-----|----------|-------|
| 手術 | SC 68x2 + 38x4 | + | SRP 前 | 小 | 大 | 前 | 小 | 大 | SPT(I) | SPT(II) | P 処 | P 基 処 10 | 298 |
| | 抜歯 乳 | 前 | + | 白 | + | 埋 | 1050x1 + 100x1 | 切開 | | | | | 1,150 |

| | | | | | | | | | | | | | |
|----|----|----|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 麻酔 | 伝麻 | 浸麻 | その他 | | | | | | | | | | |
|----|----|----|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|---------|-------|----|------------------|------------|-------|--------|--|--|--|--|--|--|--|
| 歯冠形 | 補診 | 維持管理 | | | | | | | | | | | | |
| 前 (生単) | 前 C 金硬乳 | (失単) | + | (窩洞) | + | 印象 | 64x1 | | | | | | | |
| 前 (生ブ) | 前 銀 | | | | | TeC | 咬 18x1 | | | | | | | |
| 支台 印象 | 乳前銀 | | | | | 修理 | 合 | | | | | | | |
| 金属 前小 | 前小 | | | | | | 試 | | | | | | | |
| 冠修復 | 前小 | | | | | | 適 | | | | | | | |
| 冠修復 | 大銀 | | | | | | | | | | | | | |
| 冠修復 | 大銀 | | | | | | | | | | | | | |
| び | ボ | バ前 | 銀前 | バ大 | C 小 | 装着 | | | | | | | | |
| 欠 | 前 | バ小 | 銀小 | 鑄 小 | A 大 | 材料 | 17x1 | | | | | | | |
| 損 | 装 | バ大 | 銀大 | 造 銀 | バ 鑄 | コ | | | | | | | | |
| 補 | 有 | 1~4歯 | 床 | 鑄 双大 双小 腕大 腕小 腕前 | 線 14 双 | 不 双 | | | | | | | | |
| 級 | 床 | 5~8歯 | 適 | 造 HK 腕大 腕小 腕前 | 鉤 K レスト アリ | 特 レスト | | | | | | | | |
| 義 | 床 | 9~11歯 | | | コ | | | | | | | | | |
| 歯 | 12~14歯 | | | | 腕 | | | | | | | | | |
| その他 | 總義歯 | 合 | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|-------|-----|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 修復 | 支台 印象 | 乳前銀 | 前小 | | | | | | | | | | | |
| 冠修復 | 前小 | | | | | | | | | | | | | |
| 冠修復 | 大銀 | | | | | | | | | | | | | |
| 冠修復 | 大銀 | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|----|---|----|----|-----|-----|----|------|--|--|--|--|--|--|--|
| 欠損 | ボ | バ前 | 銀前 | バ大 | C 小 | 装着 | | | | | | | | |
| | 前 | バ小 | 銀小 | 鑄 小 | A 大 | 材料 | 17x1 | | | | | | | |
| | 装 | バ大 | 銀大 | 造 銀 | バ 鑄 | コ | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|----|--------|-------|---|------------------|------------|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 補綴 | 有 | 1~4歯 | 床 | 鑄 双大 双小 腕大 腕小 腕前 | 線 14 双 | 不 双 | | | | | | | | |
| | 床 | 5~8歯 | 適 | 造 HK 腕大 腕小 腕前 | 鉤 K レスト アリ | 特 レスト | | | | | | | | |
| | 床 | 9~11歯 | | | コ | | | | | | | | | |
| | 12~14歯 | | | | 腕 | | | | | | | | | |
| | 總義歯 | 合 | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|
| 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 | 4,599 | 点 |
| | | 患者負担額 (公費) | | 円 決定 | ※ | 点 |
| | | 高額療養費 | ※ | 円 一部負担 | | 円 |

| | | | |
|-----|--|-----|--|
| 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」



医療機関→国保連合会

医療機関名

乳幼児医療費自己負担額支払明細個票

利用者記入欄

| | | | |
|-------|-------|-------|-------|
| 市町村番号 | | 事業番号 | 1 |
| 受給者番号 | | | |
| フリガナ | | | |
| 乳幼児氏名 | | | |
| 生年月日 | 平成 | | 年 月 日 |
| 保険 | 1. 国保 | 2. 社保 | |
| 保険者番号 | | | |

見本

医療機関記入欄

| | |
|------------|--|
| 入院・入院外 | 1.(入院) ②(入院外) |
| 保険負担割合 | 1.(2割) 2.(3割) 3.() |
| 保険診療合計点数 | 点 |
| 自己負担支払額 | 円 |
| 実診療年月 | 平成 年 月 |
| 診療科コード | ※旧総合病院の場合は記入 |
| 公費番号1(コード) | ※公費負担がある場合は、公費負担の法別番号を記入(鹿児島市内の医療機関のみ) |
| 公費番号2(コード) | |
| 備考 | |

乳幼児医療費自己負担額支払明細送付票(医療機関用)

平成 30年 5月分

鹿児島県国民健康保険団体連合会 殿

| 医療機関番号(10桁) | | | | | | | | | |
|-------------|----------|----------|---|---|---|---|---|----|---|
| 県区分 | 区点 分数 | 機関番号(6桁) | | | | | | CD | |
| 4 | 6 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

別添明細個票のとおり送付する。

平成 30年 6月 6日

医療機関所在地 福岡市博多区博多駅東3-1-1
 NORITZビル福岡4F
 名称 ノーザ 児本 歯科医院
 開設者 ノーザ 太郎
 電話 092-474-1777



印

| | | |
|------|---|---|
| 送付件数 | 6 | 件 |
|------|---|---|

「明細送付票」及び「明細個票」の作成上の注意事項

- ①この明細送付票及び明細個票は、鹿児島県国民健康保険団体連合会に提出する。
- ②この明細送付票は、医療機関用とする。
- ③「利用者記入欄」は、原則として、毎月1回、受診時に利用者に書いてもらう。
 なお、翌月以降は、そのコピーを利用することもできる。
- ④入院・入院外欄は、入院は1、入院外は2に○をする。
- ⑤保険負担割合欄は、受給者自己負担割合に該当するものに○をする。
- ⑥自己負担支払額は、利用者が窓口で支払った額を記入する。
- ⑦実診療年月欄は、実診療年月を記入する。
- ⑧診療科コードの入力は旧総合病院は必須とする。

診療科コード表

| | | | | |
|--------|-----------|----------|---------------|-------------|
| 1 内科 | 11 整形外科 | 21 性病科 | 31 麻酔科 | 72 第三内科(大学) |
| 2 精神科 | 12 形成外科 | 22 肛門科 | 33 心療内科 | 73 第一外科(大学) |
| 3 神経科 | 13 美容外科 | 23 産婦人科 | 34 アレルギー科 | 74 第二外科(大学) |
| 4 神経内科 | 14 脳神経外科 | 24 産科 | 35 リュウマチ科 | |
| 5 呼吸器科 | 15 呼吸器外科 | 25 婦人科 | 36 リハビリテーション科 | |
| 6 消化器科 | 16 心臓血管外科 | 26 眼科 | 49 全科 | |
| 7 胃腸科 | 17 小児外科 | 27 耳鼻咽喉科 | 50 歯科 | |
| 8 循環器科 | 18 皮膚泌尿器科 | 28 気管食道科 | 60 調剤 | |
| 9 小児科 | 19 皮膚科 | 29 理学診療科 | 70 第一内科(大学) | |
| 10 外科 | 20 泌尿器科 | 30 放射線科 | 71 第二内科(大学) | |

医療機関→国保連合会

医療機関名

ノーズ歯科医院

乳幼児医療費自己負担額支払明細個票

利用者記入欄

| | | | |
|-------|---------|------|----------|
| 市町村番号 | | 事業番号 | 1 |
| 受給者番号 | | | |
| フリガナ | ノーズ ハナコ | | |
| 乳幼児氏名 | ノーズ 花子 | | |
| 生年月日 | 平成 | 27 | 年 2月 22日 |
| 保険 | 1. 国保 | 見本 | ②. 社保 |
| 保険者番号 | 014 | 60 | 013 |

医療機関記入欄

| | | | |
|----------|--------------|----------------|-------|
| 入院・入院外 | 1. (入院) | ②. (入院外) | |
| 保険負担割合 | 1. (2割) | ②. (3割) 3. () | |
| 保険診療合計点数 | 456 | 点 | |
| 自己負担支払額 | 1,380 | 円 | |
| 実診療年月 | 平成 | 30 | 年 04月 |
| 診療科コード | ※旧総合病院の場合は記入 | | |
| 備考 | | | |



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ください。

NHOSA 株式会社 **ノーザ**
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 |

「ノーザ」または「NHOSA」と入力して検索ください。



LOVE&CARE