



-県別用紙印字見本-

群馬県版

NHOSA
ノーザ

株式会社 ノーザ

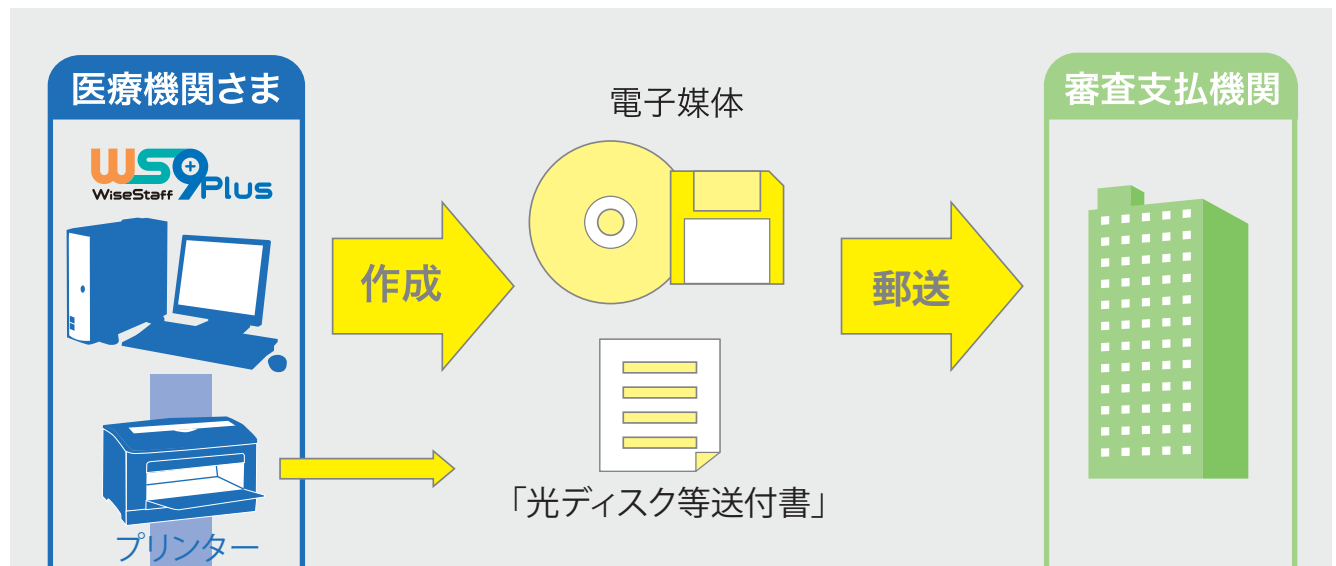
-電子レセプト請求-

電子レセプト請求の方法

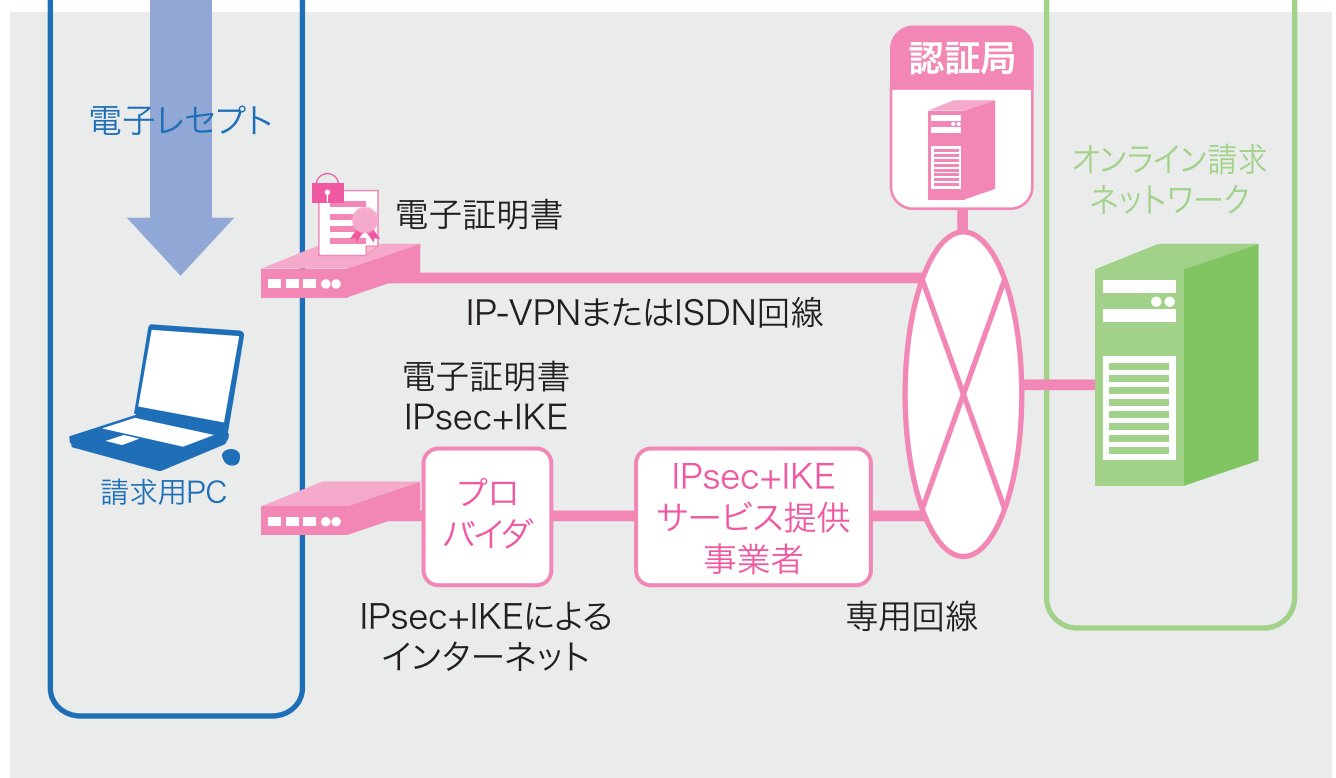
群馬県版

■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



群馬県国民健康保険団体連合会 御中

住 所 群馬県前橋市××町1-1
開設者 ノーザビル
氏 名 ノーザー郎

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 2 7 年 4 月 診療（調剤）分		
提出年月日	平成 2 7 年 5 月 8 日		
媒体種類	F D	M O	<u>CD-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。

医療機関名称	: ノーザン歯科医院	
医院所在地	: 東京都中央区	1-21-4
代表者名称	: ノーザン	

【ノーザ 太郎 主担当医:院長】	【ノーザ 太郎 主担当医:院長】	カルテNo : 102 生年月日 : T13. 5. 1 9 1 (男) 後期高齢者 9割	保険診療開始日 : H27.10. 2
【No. 36105】	【No. 36105】	歯科口腔リハビリテーション1が算定可能です。	
歯番単位: 1 4 5 6 7	歯番単位: 1 4 5 6 7		
【No. 36440】	【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?	
【ノーザ 花子 主担当医:院長】	【ノーザ 花子 主担当医:院長】	カルテNo : 106 生年月日 : H16.10.21 1 1 (女) 社保家族	保険診療開始日 : H27.10. 2
【No. 24010】	【No. 24010】	機械的歯面清掃処置が算定可能です。	
【ノーザ 次郎 主担当医:院長】	【ノーザ 次郎 主担当医:院長】	カルテNo : 110 生年月日 : S20. 7.18 7 0 (男) 社保本人前高齢 8割	保険診療開始日 : H27.11.10
【No. 23520】	【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。	
【ノーザ 博 主担当医:院長】	【ノーザ 博 主担当医:院長】	カルテNo : 108 生年月日 : S 5.12. 3 8 5 (男) 後期高齢者 9割	保険診療開始日 : H26.11. 1
処置単位: 1 6	処置単位: 1 6		
【No. 20530】	【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 [H28. 5.12] [部位単位]
【ノーザ 一郎 主担当医:院長】	【ノーザ 一郎 主担当医:院長】	カルテNo : 109 生年月日 : S12. 4. 1 7 9 (男) 後期高齢者 9割	保険診療開始日 : H27.10. 2
【No. 14429】	【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。	
【ノーザ 真悟 主担当医:院長】	【ノーザ 真悟 主担当医:院長】	カルテNo : 105 生年月日 : H 7. 1.15 2 1 (男) 社保家族	保険診療開始日 : H27.11. 1
【No. 14454】	【No. 14454】	SRP+PCur(100/100)の点数と歯周外科が混在しています。	
【ノーザ 一馬 主担当医:院長】	【ノーザ 一馬 主担当医:院長】	カルテNo : 103 生年月日 : S40.10.30 5 0 (男) 国保本人(7割)	保険診療開始日 : H27.10.10
処置単位: 1 7	処置単位: 1 7		
【No. 20690】	【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 [H28. 5.11] [部位単位]
【No. 36105】	【No. 36105】	歯科口腔リハビリテーション1が算定可能です。	
【ノーザ 昌也 主担当医:院長】	【ノーザ 昌也 主担当医:院長】	カルテNo : 104 生年月日 : S23. 3.23 6 8 (男) 国保本人(7割)	保険診療開始日 : H27.10. 2
処置単位: 1 7	処置単位: 1 7		
【No. 36660】	【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 主担当医:院長】	【ノーザ 康枝 主担当医:院長】	カルテNo : 107 生年月日 : S21. 3. 3 7 0 (女) 国保本人 前高齢 8割	保険診療開始日 : H27.11. 5
歯番単位: 1 1 2 3 4 5 7	歯番単位: 1 1 2 3 4 5 6 7		
【No. 36360】	【No. 36360】	1初診内で、有床義歯と義歯ImpがありBTがない	
【ノーザ 智夫 主担当医:院長】	【ノーザ 智夫 主担当医:院長】	カルテNo : 112 生年月日 : S33. 3.23 5 8 (男) 社保本人	保険診療開始日 : H28. 5. 2
【No. 14567】	【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。	

ー紙レセプト請求ー

請求書・レセプトの編綴方法

群馬県版

※トレイから総括請求書
カセットからレセプトが
発行されます。



挟み込み印刷
総括表・請求書とレセプトが
提出順に印刷されます！
あとは印鑑を押して、
台紙でとじるだけ！

すべて枠なし用紙に
印刷します。

↓
オーバーレイ印刷

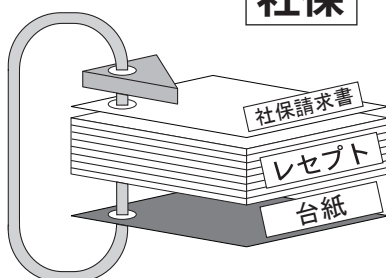
国保



一般	70歳以上 (7割)
一般	70歳以上 (8割)
一般	本人
一般	家族
一般	3歳未満
退職	70歳以上 (7割)
退職	70歳以上 (8割)
退職	本人
退職	家族
退職	3歳未満

後期 (9割)
後期 (7割)

社保



診療報酬請求書
社保明細書 (レセプト)

70歳以上 (9割)
70歳以上 (8割)
70歳以上 (7割)
一般 本人
一般 家族
6歳未満
公費単独 (生活保護など)

表 別	1 医科	県番 医療機関等 コード	医療機関等の 所在地及び名称 電 話 番 号 開 設 者 氏 名	群馬県前橋市〇〇町 1 - 1 - 1 ノーザ歯科医院 ノーザ太郎	7777-77-7777
	③ 歯科				
	4 調剤				
	6 訪問				
	1 0	1 2 3 4 5 6 7			

補記	保 険 者 名	保 険 者 番 号						保 険 種 別			本 家 人 外	割 合	件 数	公費分件数 (再掲)	福祉分件数 (再掲)	点 数
	前橋市	1	0	0	0	1	6	① 一般	4 退職	3 老人	8	8	8			11,111
	前橋市	1	0	0	0	1	6	① 一般	4 退職	3 老人	2	7	55		22	77,777
	前橋市	1	0	0	0	1	6	① 一般	4 退職	3 老人	4	8	3		3	1,111
								1 一般	4 退職	3 老人						
								1 一般	4 退職	3 老人						
5								1 一般	4 退職	3 老人						
								1 一般	4 退職	3 老人						
								1 一般	4 退職	3 老人						
								1 一般	4 退職	3 老人						
								1 一般	4 退職	3 老人						
								1 一般	4 退職	3 老人						
10								1 一般	4 退職	3 老人						
								1 一般	4 退職	3 老人						
								1 一般	4 退職	3 老人						
								1 一般	4 退職	3 老人						
								1 一般	4 退職	3 老人						
15								1 一般	4 退職	3 老人						
								1 一般	4 退職	3 老人						
								1 一般	4 退職	3 老人						
								1 一般	4 退職	3 老人						
								1 一般	4 退職	3 老人						
								1 一般	4 退職	3 老人						
20								1 一般	4 退職	3 老人						
								1 一般	4 退職	3 老人						
								1 一般	4 退職	3 老人						
								1 一般	4 退職	3 老人						
								1 一般	4 退職	3 老人						
25								1 一般	4 退職	3 老人						
入 院 合 計		件						点			入 院 外 合 計		66 件		89,999 点	

注1 表別欄は該当箇所を○で囲んでください。
2 保険種別欄は該当箇所を○で囲んでください。
なお「3 老人」は平成20年3月診療分以前の老人保健に係わる請求がある場合に○で囲んでください。
3 本家人外欄は右表の番号を記載してください。
ただし、保険種別一般7割の場合は入院「1」入院外「2」と記載してください。
4 件数欄は各区分の明細書（福祉併用明細書を含む）の件数を記載してください。
5 公費分件数欄は公費負担医療費の件数を、福祉分件数欄は福祉医療費の件数を再掲してください。
6 合計は最終ページに記入してください。
7 訪問は請求金額を点数欄に記入してください。
8 在医管または在医総は補記欄に「在」と記載してください。

番号	本 家 人 外 区 分
1	本人入院
2	本人入院外
3	6歳入院
4	6歳入院外
5	家族入院
6	家族入院外
7	高齢受給者・低所得(老人等9割)入院
8	高齢受給者・低所得(老人等9割)入院外
9	高齢受給者7割(老人等7・8割)入院
0	高齢受給者7割(老人等7・8割)入院外

受付印

平成 27 年 5 月 分 診 療 報 酬 請 求 書 (歯 科)

保 険 者

前 橋 市

様

保険医療機関の 群馬県前橋市〇〇町 1 - 1 - 1
所在地及び名称 ノーザ歯科医院
電 話 番 号 7777-77-7777
開 設 者 氏 名 ノーザ太郎

印

下記のとおり請求する。

平成 27 年 6 月 7 日

保 険 者 番 号	県番号	医 療 機 関 コ ー ド	表別
1 0 0 0 1 6	1 0	1 2 3 4 5 6 7	③

区 分				療 養 の 給 付					食 事 療 養 ・ 生 活 療 養			
				件数	公費分件数 (再掲)	福祉分件数 (再掲)	日数	点 数	一部負担金	件 数	回 数	金 額
国 民 健 康 保 険 (一 被 被 保 険 者)	七〇歳以上一般・低所得	請求①	入院									
		入院外	7			17	17,777					
	※決定	入院										
		入院外										
	七〇歳以上七割	請求②	入院									
		入院外										
	※決定	入院										
		入院外										
	被保険者七割	請求③	入院									
		入院外	55		22	111	77,777					
	※決定	入院										
		入院外										
被保険者割	請求④	入院										
	入院外											
※決定	入院											
	入院外											
六 歳	請求⑤	入院										
	入院外	3		3	3	1,333						
※決定	入院											
	入院外											

注 1 「※決定」欄は記載しないでください。
2 公費分件数欄は公費負担医療費の件数を、福祉分件数欄は福祉医療費の件数を再掲してください。

オーバーレイ印刷年 5 月分 診療報酬請求書 (歯科)

保 険 者

前橋市

様

保険医療機関の 群馬県前橋市〇〇町1-1-1

所在地及び名称

電 話 番 号 ノーザ歯科医院

開 設 者 氏 名 7777-77-7777

ノーザ太郎

印

下記のとおり請求する。

保 険 者 番 号	県番号	医 療 機 関 コ ー ド	表別
1 0 0 0 1 6	1 0	1 2 3 4 5 6 7	③

平成 27 年 6 月 7 日

区 分			療 養 の 給 付					食 事 療 養 ・ 生 活 療 養			
			件数	公費分件数 (再掲)	福祉分件数 (再掲)	日数	点 数	一部負担金	件 数	回 数	金 額
国 民 健 康 保 険 (退 職 被 保 険 者)	本 人	入 院 入 院 外									
		※ 決 定	入 院 入 院 外								
	七 〇 歳 以 上 九 割	請 求 ②	入 院 入 院 外								
		※ 決 定	入 院 入 院 外								
	七 〇 歳 以 上 七 割	請 求 ③	入 院 入 院 外								
		※ 決 定	入 院 入 院 外								
	被 扶 養 者 七 割	請 求 ④	入 院 入 院 外	3	1	9	4,444				
		※ 決 定	入 院 入 院 外								
	六 歳	請 求 ⑤	入 院 入 院 外								
		※ 決 定	入 院 入 院 外								

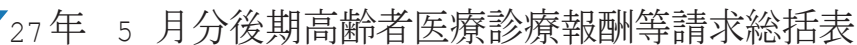
注1 「※決定」欄は記載しないでください。

2 公費分件数欄は公費負担医療費の件数を、福祉分件数欄は福祉医療費の件数を再掲してください。

3 区分欄の「七〇歳以上九割」及び「七〇歳以上七割」は平成20年3月診療分以前のレセプトに係わる請求がある場合に記載してください。

退

職

医療機関等コード

所在地及び名称

電話 番 号

開設者氏名 ノーザ菌科医院
ノーザ太郎

開設者氏名 ノーザ太郎

7777-77-7777

見本

6 在医総管または在医総は補記欄に「在」と記載してください。

(受付印)

オーバーレイ印刷年 5 月 分 診療報酬請求書 (歯科)

保 険 者

群馬県後期高齢者医療広域連合 様

保険医療機関の 群馬県前橋市〇〇町 1 - 1 - 1
所在地及び名称 ノーザ歯科医院
電 話 番 号 7777-77-7777
開 設 者 氏 名 ノーザ太郎

印

下記のとおり請求する。

平成 27 年 6 月 7 日

保 険 者 番 号	県番号	医 療 機 関 コ ー ド	表別
3 9 1 0 / / / /	1 0	1 2 3 4 5 6 7	③

後期高齢者医療

			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
九 後 期 高 齢 割	請求①	入 院								
		入院外	17	33	27,777					
	※決定	入 院								
		入院外								
七 後 期 高 齢 割	請求②	入 院								
		入院外	1	4	2,777					
	※決定	入 院								
		入院外								

公費負担医療 (再掲)

			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
77	請求	入 院								
		入院外	1	1	1,111					
	※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1 「※決定」欄は記載しないでください。

後 期 高 齢

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

下記のとおりに請求します。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

[illegible][illegible]

平成 27 年 5 月分福祉医療費【連記式】請求総括表

表別

県番

医療機関等コード

保険医療機関等の

群馬県前橋市〇〇町1-1-1

所在地及び名称

電話番号

ノーザ歯科医院

開設者氏名

ノーザ太郎

7777-77-7777

保 険 者 番 号		割 合 区 分 等					入・外	件 数	点 数	福 祉 医 療 費 額
5	1 0 0 0 2 4	1 一般	2 70歳 2割	3 70歳 3割	④ 6歳	1 特	1 ② 入 外	1	333	
	1 0 0 0 2 4	① 一般	2 70歳 2割	3 70歳 3割	4 6歳	1 特	1 ② 入 外	2	1,333	
	1 0 0 0 9 9	1 一般	2 70歳 2割	3 70歳 3割	④ 6歳	1 特	1 ② 入 外	22	22,222	
		1 一般	2 70歳 2割	3 70歳 3割	4 6歳	1 特	1 2 入 外			
		1 一般	2 70歳 2割	3 70歳 3割	4 6歳	1 特	1 2 入 外			
10		1 一般	2 70歳 2割	3 70歳 3割	4 6歳	1 特	1 2 入 外			
		1 一般	2 70歳 2割	3 70歳 3割	4 6歳	1 特	1 2 入 外			
		1 一般	2 70歳 2割	3 70歳 3割	4 6歳	1 特	1 2 入 外			
		1 一般	2 70歳 2割	3 70歳 3割	4 6歳	1 特	1 2 入 外			
		1 一般	2 70歳 2割	3 70歳 3割	4 6歳	1 特	1 2 入 外			
15		1 一般	2 70歳 2割	3 70歳 3割	4 6歳	1 特	1 2 入 外			
		1 一般	2 70歳 2割	3 70歳 3割	4 6歳	1 特	1 2 入 外			
		1 一般	2 70歳 2割	3 70歳 3割	4 6歳	1 特	1 2 入 外			
		1 一般	2 70歳 2割	3 70歳 3割	4 6歳	1 特	1 2 入 外			
		1 一般	2 70歳 2割	3 70歳 3割	4 6歳	1 特	1 2 入 外			
20		1 一般	2 70歳 2割	3 70歳 3割	4 6歳	1 特	1 2 入 外			
		1 一般	2 70歳 2割	3 70歳 3割	4 6歳	1 特	1 2 入 外			
		1 一般	2 70歳 2割	3 70歳 3割	4 6歳	1 特	1 2 入 外			
		1 一般	2 70歳 2割	3 70歳 3割	4 6歳	1 特	1 2 入 外			
		1 一般	2 70歳 2割	3 70歳 3割	4 6歳	1 特	1 2 入 外			

注1 表別欄は右表の番号を記載してください。
2 保険者番号欄は福祉医療費【連記式】請求書の保険者番号を記載してください。
3 割合区分等欄及び入外欄は該当箇所を○で囲んでください。
なお、障害自立支援法等公費負担医療、㊦、高額（高齢受給者を除く。）及び在医管・在医総に係る請求については該当箇所並びに「特」を○で囲んでください。
4 福祉医療費請求額欄は「高齢受給者の入院・特」該当の場合、金額を記載してください。
5 訪問は請求金額を点数欄に記載してください。

表別	1 医 科
	3 歯 科
	4 調 剤
	6 訪 問

●

オーバーレイ印刷

5月分 福祉医療費【連記式】請求書

市町村名

前橋市

様

保険医療機関等の 群馬県前橋市〇〇町1-1-1
所在地及び名称 ノーザ歯科医院
電話番号 7777-77-7777
開設者氏名 ノーザ太郎

印

下記のとおり請求する。

平成 27 年 6 月 7 日

保 険 者 番 号	県番	医療機関等コード	表 別	特
1 0 0 0 1 6	1 0	1 2 3 4 5 6 7	3	

区 分		療 養 の 給 付			食 事 療 養	
		件数	点 数	福祉医療費請求額	件数	食事療養標準負担額
一 般 ①	入 院					
	入院外	3	1,333			
70歳以上	2割②	入 院				
		入院外				
	3割③	入 院				
		入院外				
6歳④	入 院					
	入院外					

見本

- 注 1 保険者番号欄は福祉医療費を請求する市町村の市町村国保の保険者番号を記載してください。
- 2 差別欄は右表の番号を記載してください。
- 3 「特」欄は、障害者自立支援法等公費負担医療、㊦、高額(高齢受給者を除く。)及び及び在医管・在医総に係わる請求について「特」を○で囲み、別綴じにしてください。
- 4 福祉医療費請求額欄は「高齢受給者の入院・特」該当の場合、金額を記載してください。
- 5 訪問は請求金額を点数欄に記載してください。

表 別	1 医 科
	3 歯 科
	4 調 剤
	6 訪 問

連 記

平成 27 年 5 月分 福祉医療費【連記式】明細書（入院外）					割 合 区 分 (三二二般)		
前橋市 市町村長 様					7 0 歳 2 割		
保険医療機関等の 群馬県前橋市〇〇町 1 - 1 - 1					7 0 歳 3 割		
所在地及び名称 (電 話 番 号) ノーザ歯科医院 7777-77-7777					6 歳		
					特 略 称 等		
公費負担者番号		受 給 者 氏 名		点 数	福 祉 医 療 費 請 求 額	医 療 保 険 の 保 険 者 番 号	備 考
受給資格者番号		性 別 生 年 月 日					
1	72100027	ワイズ 太郎		222		06100000	
	3079000	① 2 3 ④ 男 女 昭 平	9 . 1 . 1				
2	72100027	ペリオ 花子		1,333		01100000	
	3079001	1 ② 3 ④ 男 女 昭 平	9 . 11 . 11				
3							
		1 2 3 4 男 女 昭 平	. .				
4							
		1 2 3 4 男 女 昭 平	. .				
5							
		1 2 3 4 男 女 昭 平	. .				
6							
		1 2 3 4 男 女 昭 平	. .				
7							
		1 2 3 4 男 女 昭 平	. .				
8							
		1 2 3 4 男 女 昭 平	. .				
9							
		1 2 3 4 男 女 昭 平	. .				
10							
		1 2 3 4 男 女 昭 平	. .				
合 計				1,555			

見本

注 1 割合区分欄は該当する箇所を○で囲み、特 略称等欄は右表の略称等を記載してください。
2 点数欄は、療養の給付に係わる点数を記載してください。
3 福祉医療費請求額欄は、特略称等欄に略称等を記載した場合に福祉医療費請求額を記載してください。
4 医療保険の保険者番号欄は、福祉医療受給者が加入している医療保険の保険者番号を記載してください。
5 備考欄は、税多に該当する場合は税多、月遅れ分は診療年月、旧総合病院の場合は診療科を記載してください
また、在医管・在医総に係わる請求について減額認定証の適用区分欄Ⅱ・Ⅰに該当する者は、「Ⅱ」・「Ⅰ」を記載してください。
6 保険薬局において、同一受給者が複数の医療機関からの処方を受けた場合、それぞれの医療機関名または「複数あり」を備考欄に記載してください。
7 在医管・在医総に係わる請求について、70歳以上の高齢者で、自己負担限度額「一般」適用経過措置対象者の福祉医療費請求額が自己負担限度額となる場合は、備考欄に「経過」と記載してください。
8 自己負担限度額特例対象被扶養者等の請求については、備考欄に「高半」を記載してください。
9 訪問は請求金額を点数欄に記載してください。

特 略称等欄に記載が必要な請求 障害者自立支援法等公費負担医療	略称等 各法番
(長)	0 2
高齢受給者を除く高額 (多数該当、非課税世帯、多数 該当・非課税世帯を含む。)	高
在医管・在医総	在

				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			
2 女				3 昭 47. 6.22 生								(補管) (歯初診)			
職務上の事由												保険証 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			
								実日数				6 日 ()			
								転 帰				治 癒 死 亡 中 止			
初診				234				時間外				休日			
再診				45x5				時間外				休日			
管理・リハ				100 +10 + + + +				実地指				P画像			
投薬・注射				④・⑤・外・注 14x3 1x6				調 9x2				処 方 42x2 +			
X線検査				全顎 38x1				色調 S 塔				P 濃検			
				パ 317x1				EMR				60x1			
処 置				う 蝕 保護 処置				根 根				加圧 根 生切			
				感 根 根				貼 46x2				充 114x1			
				SC 68x2 +38x4				SRP 前 小				大			
手 術				PCur 前 小 大				前 小 大				SPT(I) SPT(II) P処			
				抜歯 乳 前 + 白 +				理 1050x1 + 100x1				切開			
				その他								特定 薬剤			
麻酔				伝麻 浸麻 その他											
補診				維持 管理								印象 64x1			
歯 冠				(前 C 金硬乳)				+				TeC 咬合 18x1			
修 成				(生 プ)				+				試 適			
支台 印象				支台 築造				前 小 大				修形 120x1			
金 属 歯 冠				521x1								硬ジ 充 1 1 材 充 I			
復 及												乳 充 2 2 材 充 II			
び												装着 45x1 +			
欠				前 前 銀前				バ 大				C 小			
				装 装 銀小				バ 小				装着 材料 17x1			
損				有 1~4歯				床				線 14 双			
				5~8歯				適				鉤 K レスト			
補				9~11歯				造14K				双 腕			
綴				12~14歯				鉤				コ 腕			
				義 義 義				合				修 理			
その他															
その他				情共 120											
摘				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				公費分 請求 点 合 計				4, 599 点			
				ロキソニン錠60mg 1T x 6				点 数 決定※				点 点			
								患者負担額 (公費)				円 決 定※			
								高額療養費※				円 一 部 負担			

236040000000123000000004560

0613809312345670004599300201100000030630055000000000000000050311210

2018年10月1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。



埼玉支店

〒330-0855
埼玉県さいたま市大宮区上小町544
TAKEI BLDG 3F
TEL 048 (645) 2821 FAX 048 (645) 2830

<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。

