



-県別用紙印字見本-

鹿児島県版



株式会社 ノーザ

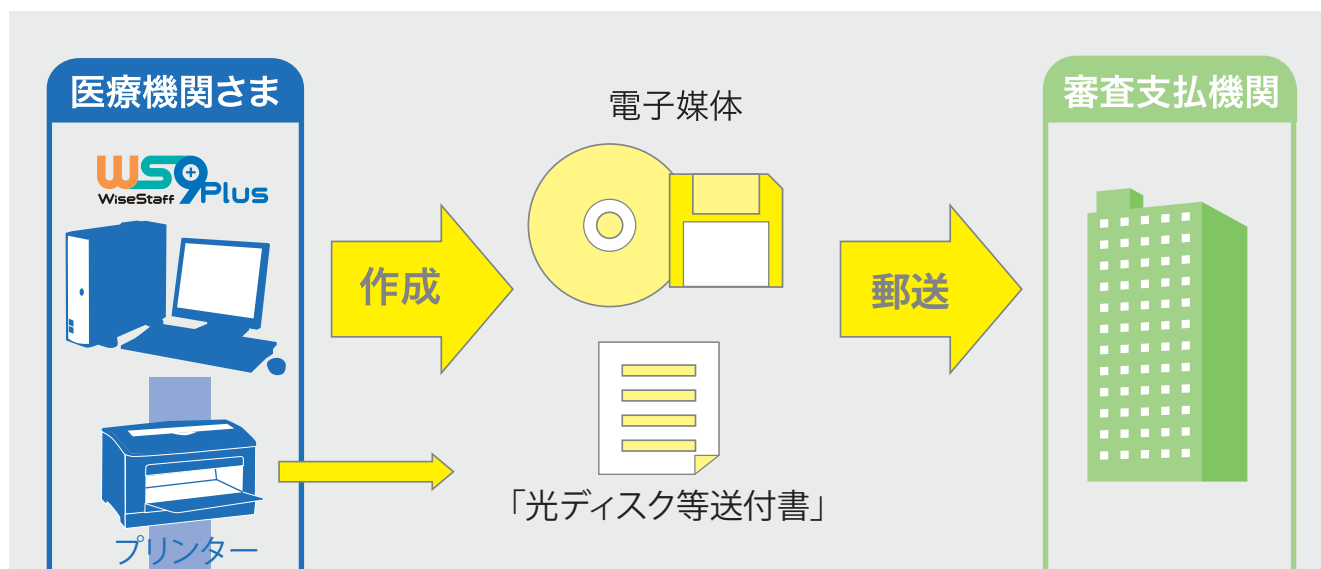
-電子レセプト請求-

電子レセプト請求の方法

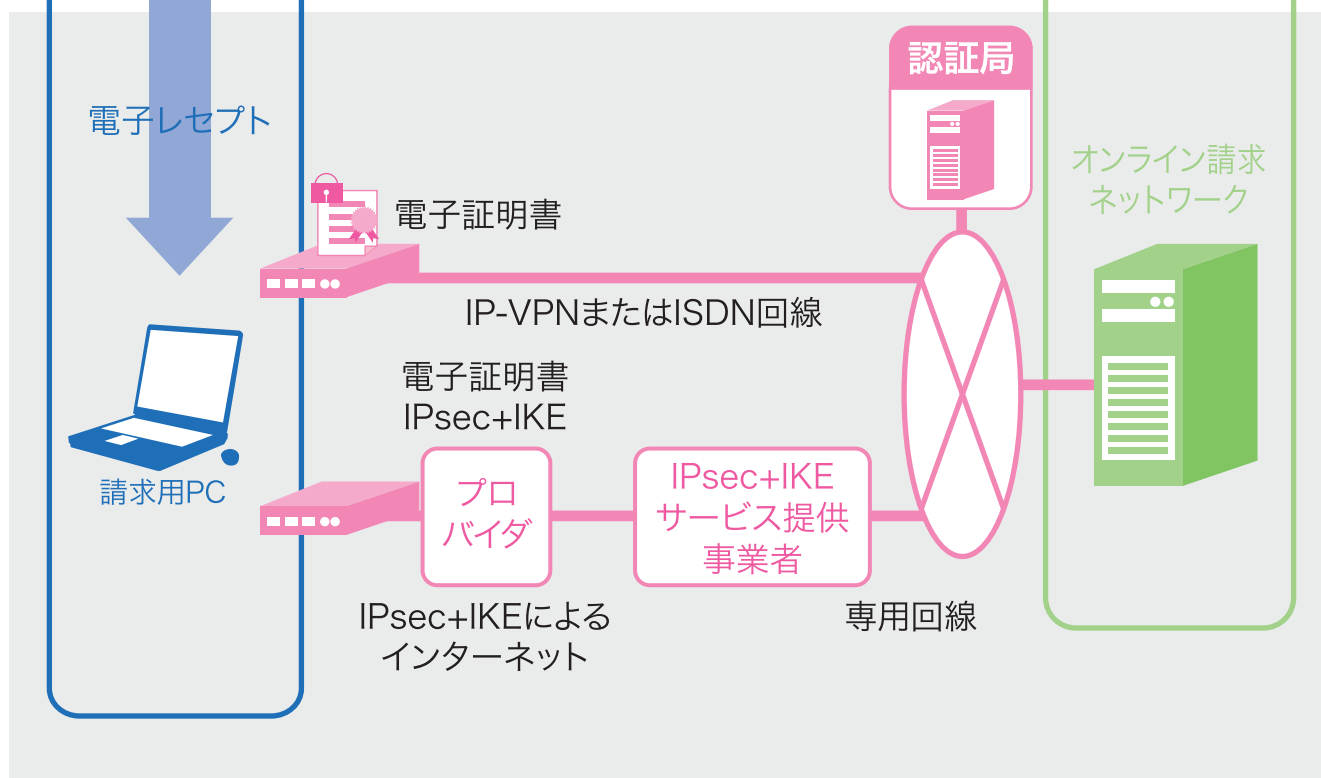
鹿児島県版

■ 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 ノーザー郎

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	令和 4 年 4 月 診療（調剤）分		
提出年月日	令和 4 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。

－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 ZENNO筑紫通ビル8F ノーザ歯科医院 ノーザ 太郎 TEL 092-474-1777	送付別 直送 ・ 郵送
	コード	1 2 3 , 4 5 6 , 7			

入力送付票				総合計			国退分			後期高齢分			返戻
係	送付番号	県コード	点	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	件数
		46	3	1	1	11							

区分 法 制 番 分 号					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。



5 月 分 診療報酬請求書 (歯科)

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
ZENNO筑紫通ビル8F
ノーザ歯科医院
092-474-1777
ノーザ 太郎

下記の通り請求する。

令和 4 年 6 月 6 日
国民健康保険

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

			療 養 の 給 付				食 事 療 養					
			件 数	診療実日数	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									
		入院外										
一般（七〇以上七割）	請 求	入 院										
		入院外										
		※決定	入 院									
		入院外										
一般被保険者	請 求	入 院										
		入院外	40	150	80,000	円						
		※決定	入 院									
		入院外										
一般（六歳未満）	請 求	入 院										
		入院外										
		※決定	入 院									
		入院外										
退職（本人）	請 求	入 院										
		入院外										
		※決定	入 院									
		入院外										
退職（七〇以上九割）	請 求	入 院										
		入院外										
		※決定	入 院									
		入院外										
退職（七〇以上七割）	請 求	入 院										
		入院外										
		※決定	入 院									
		入院外										
退職（被扶養者）	請 求	入 院										
		入院外										
		※決定	入 院									
		入院外										
退職（六歳未満）	請 求	入 院										
		入院外										
		※決定	入 院									
		入院外										

見本

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。

令和 4 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
ZENNO筑紫通ビル8F
ノーザ歯科医院
092-474-1777
ノーザ 太郎

令和 4 年 6 月 6 日

後期高齢者医療

※入力 送 付 票			広 域 連 合 番 号							県番号		医 療 機 関 コ ー ド							
係	送付番号	点	3	9	4	6	0	0	0	1	4	6	1	2	3	4	5	6	7

				療 養 の 給 付				食事療養・生活療養			
				区分	件 数	診療実日数	点 数	一部負担金	件 数	回 数	金 額
後 9 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

				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								
	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 東京都中野区中央1-21-4

所在地及び名称 ノーザビル

開設者氏名 ノーザ歯科医院

ノーザ 一郎

下記のとおり請求します。 令和 4 年 5 月 2 日

03-5348-1881

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 <						

見本

[illegible][illegible]

[illegible]

23604000000012300000004560

06138093123456700045993002011000000306300550000000000000000050311210

公負①		公受①	

保 険	3	9	1	4	1	0	4	9	
記 号 ・ 番 号									

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
ノーザー一郎 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

医療機関→国保連合会

医療機関名

様式1号－2
(鹿児島市内医療機関用)

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
保 險	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 ノーザ歯科医院
開設者 ノーザ 太郎
電話 092-474-1777

見本

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)		

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	②.社保	
保険者番号	01460	013	

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	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。

2022年8月26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

ZENNO筑紫通ビル8F

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