



-県別用紙印字見本-

大分県版



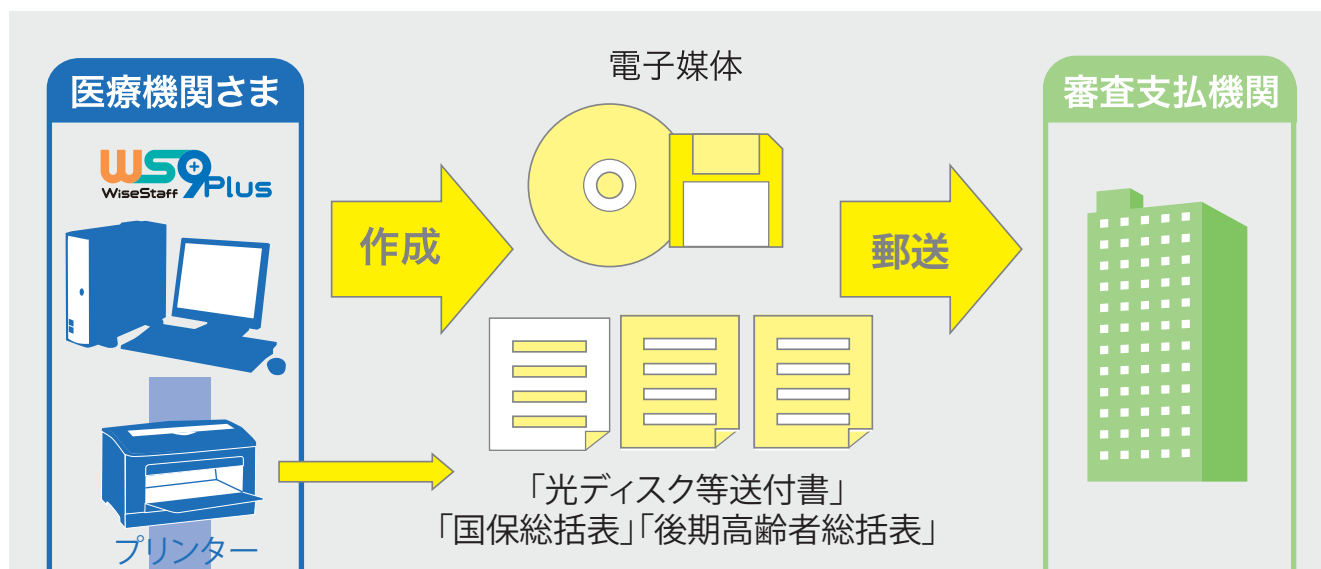
-電子レセプト請求-

電子レセプト請求の方法

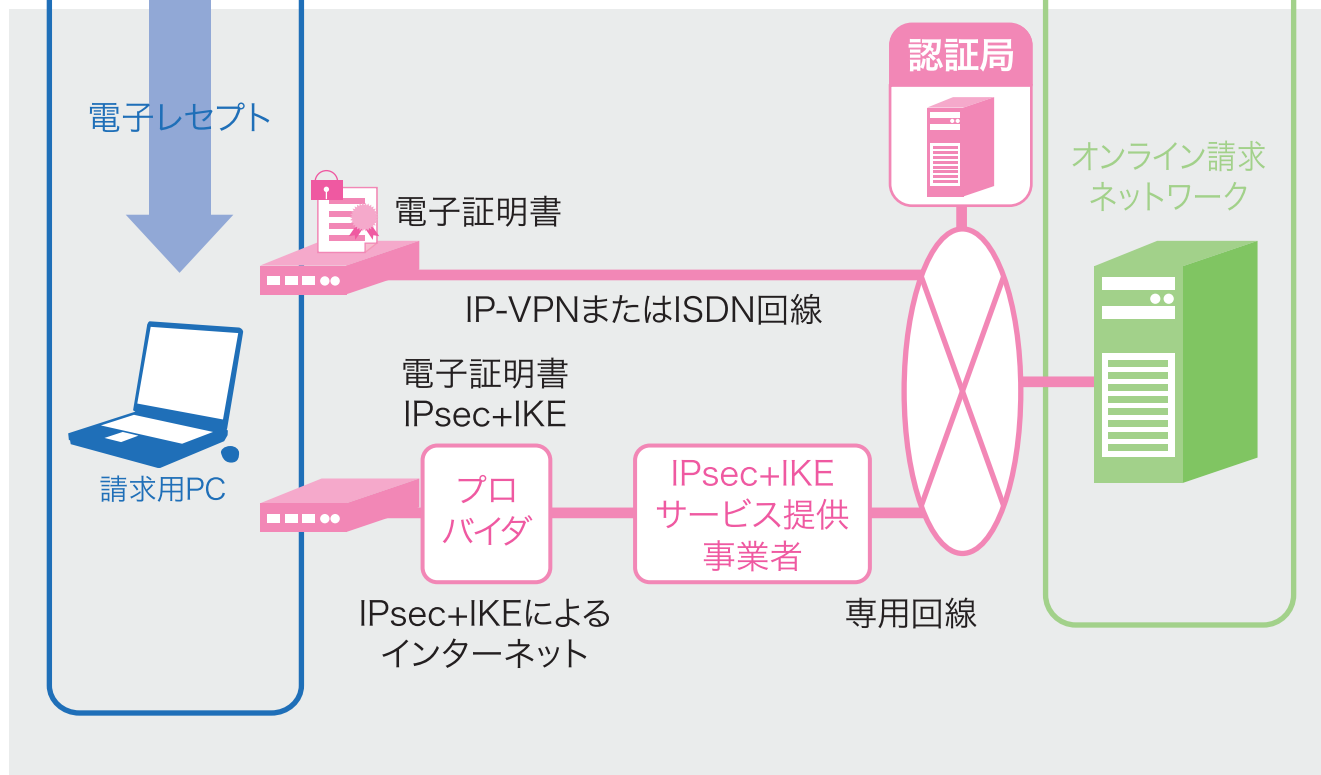
大分県版

■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



大分県国民健康保険団体連合会 御中

住 所 大分県〇〇市××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 ・ 歯科 ・ 調 剤		
診療（調剤）月分	令和 4 年 5 月 診療（調剤）分		
提出年月日	令和 4 年 6 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○を付すこと。

医療機関名称	代表者名称	所在地	中央野区中央	1-21-4
ノ一ザ菌科医院	ノ一ザ一郎	東京都		

【ノーザ 太郎 主担当医:院長】	[ノーザ タロウ] 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]	[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：「4567」 [No. 36440]	「4567」 L1267 [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？] [日T単位]
【ノーザ 花子 主担当医:院長】	[ノーザ ハナコ] 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]	[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 ジョウロウ] 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]	[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 ヒロシ] 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：「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] [H28. 5.12] [部位単位]
【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]	[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 シンゴ] 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]	[SRP+PCur(100/100)の点数と歯周外科が混在しています。
【ノーザ 一恵 主担当医:院長】	[ノーザ カズマ] 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：「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] [H28. 5.11] [部位単位]
[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 マサヤ] 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：「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 主担当医:院長】	[ノーザ ヤスエ] 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：「123457」 [No. 36360]	「123457」 「1234567」 [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 主担当医:院長】	[ノーザ トモオ] 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]	[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。

－紙レセプト請求－

令和 4 年 5 月分診療報酬総括票

県 (内) 分	県 外 分
---------	-------

事業区分	処理区分	係 番 号
1		

県番	医 歯 調	医 療 機 関 コ ー ド
4 4	1 ③ 4	1 2 3 , 4 5 6 , 7

保険医療機関の
所在地及び名称

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

開設者氏名

ノーザ 太郎

事 審 縦 減 分

電 話 番 号	092-474-1777
---------	--------------

区 分		療 養 の 給 付		
		入 院	入 院 外	合 計
国民健康保険 (一般・退職)	件 数		77	
	点 数		77,777	
	1件当点数		1,111	
後 期 高 齢	件 数			
	点 数			
	1件当点数			

見本

再 掲	区 分	提 出 件 数	連合会記入欄	備 考
	8 万点～15万点未満			
	15万点以上			

保 険 者 名	大 分 市
保険者番号	4 4 0 0 1 6 殿

医療機関
コード 1 2 3 , 4 5 6 , 7

下記のとおり請求する。

保険医療機関の 福岡市博多区博多駅東3-1-1
所在地及び名称 ZENNO筑紫通ビル8F
開設者氏名 ノーザ 歯科医院
ノーザ 太郎

令和 4 年 6 月 1 日

〔国民健康保険〕

			療 養 の 給 付				食 事 療 養 費			
			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
一般 (七〇歳以上)	請求	入 院				円			円	円
		入院外								
	※決定	入 院								
		入院外								
一般 (七〇歳以上 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	2	2	836					
	※決定	入 院								
		入院外								
一般(六歳)	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(被扶養者)	請求	入 院								
		入院外								
	※決定	入 院								
		入院外								
退職(三歳未満)	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。

3	9	4	4	0	0	0	3
---	---	---	---	---	---	---	---

医療機関
コード 1 2 3 , 4 5 6 , 7

各 広 域 連 合 殿

下記のとおり請求する。

保険医療機関の 福岡市博多区博多駅東3-1-1
所在地及び名称 ZENNO筑紫通ビル8F
電話番号 ノーザ歯科医院
開設者氏名 ノーザ 太郎

令和 4 年 6 月 5 日

〔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	日 数	基 準 額	標準負担額
後 期 割 高 齢	請 求	入 院				円			円	円
		入院外	11	22	11,111					
	※ 決 定	入 院								
		入院外								
後 七 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 費			
			件 数	診 療 実日数	点 数	一部負担金	件 数	日 数	基 準 額	標準負担額
	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								

備考

※ 高額療養費	一般被 保険者	件 数		退職者医療	件 数	
		金 額	円		金 額	円

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。

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 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		
			職務外		
		03 (日)			
		04 (日特)			
		31~34(共)	下船3月		
			一般		
		06 (組)	6	23	80,433
		63・72~75 (退)			28,000
		小 計	12	29	85,298
	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
		63・72~75 (退)			44,400
		小 計	6	14	38,626
	医保本人と公費の併用				
	医保単独(本人)	01 (協会)	43	61	65,597
		02(船)	職務上		35,400
			職務外		
		03 (日)	1	2	2,491
		04 (日特)			
		31~34(共)	下船3月		
			一般		
		06 (組)	11	14	7,793
		07 (自)	16	22	60,515
		63・72~75 (退)			150,148
		小 計	71	99	136,396
医 療 保 険	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
		63・72~75 (退)	1	1	511
		小 計	48	62	145,508
	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

[illegible][illegible]

				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 顎運動			
				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 (生 単) (失 プ) 金				(窩 洞) + + +				TeC 咬 18x1			
修 成				支台 印象 支台 築造 前小 大 前小 大				修形 120x1				充形 +			
復 及				金属 乳 銀 前小 大 銀				硬ジ 乳 仮着 装着 45x1 +				充 1 充 2 材 充 I 材 充 II			
欠 損				ボシ 前 前 銀前 銀小 銀大				C 小 大 装着 材料 17x1				リテーナー Br 装着			
補 綴				有 1~4歯 床 鑄 双大 双小 腕大 腕小 腕前				線 14 双 鉤 K レスト アリ				不 双 レスト 間接			
				9~11歯 適 造 14K				双 腕				床 + +			
				12~14歯 合 鉤				修 + +				工 歯			
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			
								患者負担額 (公費)				円 決 定※			
								高額療養費※				円 一 部 負担			

236040000000123000000004560

06138093123456700045993002011000000306300550000000000000000050311210

請求支払様式1

平成30年 5月分 乳幼児医療費助成金請求書

市町村長 殿

公費負担番号

83440016

医療機関等コード 123,456,7 (7桁番号)

保険医療機関等の所在地及び名称・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
ノーザード歯科医院
ノーザード 太郎

下記のとおり請求します。

平成30年 6月 5日

印

No.	受給資格者番号	氏名	生年月日	性別	社保 国保	入院・外来・歯科 調剤・その他	給付 割合	日 数	法定点数 (基準額)	一部負担額 (A)	自己負担額 (B)	乳幼児医療費一部自己負担額 (C)	市町村 負担額 (A)+(B)-(C)	診療 年月	保険者番号 又は 保険者名	備考
1	0000018	ノーザード 花子	H26.12.10	1.2 男・女	1.2 社・国	1.2.3.4.5 入・外・歯・調・他	2	1	416点	830円	円	500円	330円	H22.1	401440015	
2			H	1.2 男・女	1.2 社・国	1.2.3.4.5 入・外・歯・調・他										
3			H	1.2 男・女	1.2 社・国	1.2.3.4.5 入・外・歯・調・他										
4			H	1.2 男・女	1.2 社・国	1.2.3.4.5 入・外・歯・調・他										
5			H	1.2 男・女	1.2 社・国	1.2.3.4.5 入・外・歯・調・他										
6			H	1.2 男・女	1.2 社・国	1.2.3.4.5 入・外・歯・調・他										
7			H	1.2 男・女	1.2 社・国	1.2.3.4.5 入・外・歯・調・他										
8			H	1.2 男・女	1.2 社・国	1.2.3.4.5 入・外・歯・調・他										
9			H	1.2 男・女	1.2 社・国	1.2.3.4.5 入・外・歯・調・他										
10			H	1.2 男・女	1.2 社・国	1.2.3.4.5 入・外・歯・調・他										
11			H	1.2 男・女	1.2 社・国	1.2.3.4.5 入・外・歯・調・他										
12			H	1.2 男・女	1.2 社・国	1.2.3.4.5 入・外・歯・調・他										
13			H	1.2 男・女	1.2 社・国	1.2.3.4.5 入・外・歯・調・他										
14			H	1.2 男・女	1.2 社・国	1.2.3.4.5 入・外・歯・調・他										
15			H	1.2 男・女	1.2 社・国	1.2.3.4.5 入・外・歯・調・他										
小計								1	416	830			330			
合計								1	416	830			330			

(注) 自立支援医療(育成医療)等の公費負担医療を優先適用した場合に生じる受給者自己負担額を(B)に記載する。

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