



-県別用紙印字見本-

宮崎県版

NHOSA
ノーザ

株式会社 ノーザ

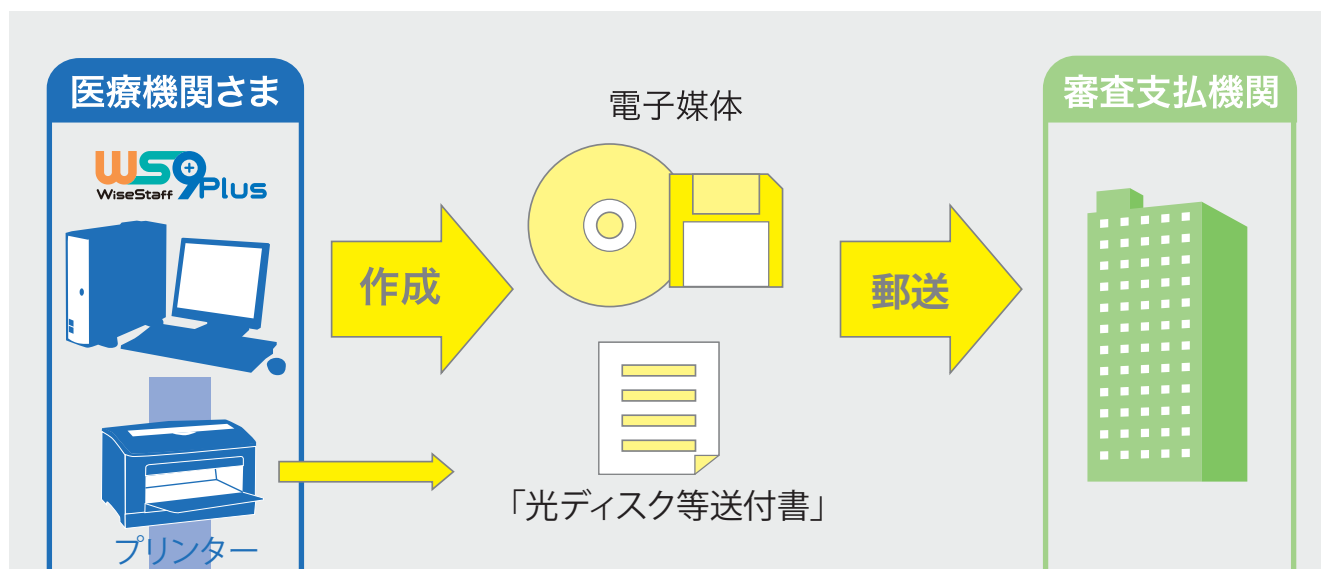
-電子レセプト請求-

電子レセプト請求の方法

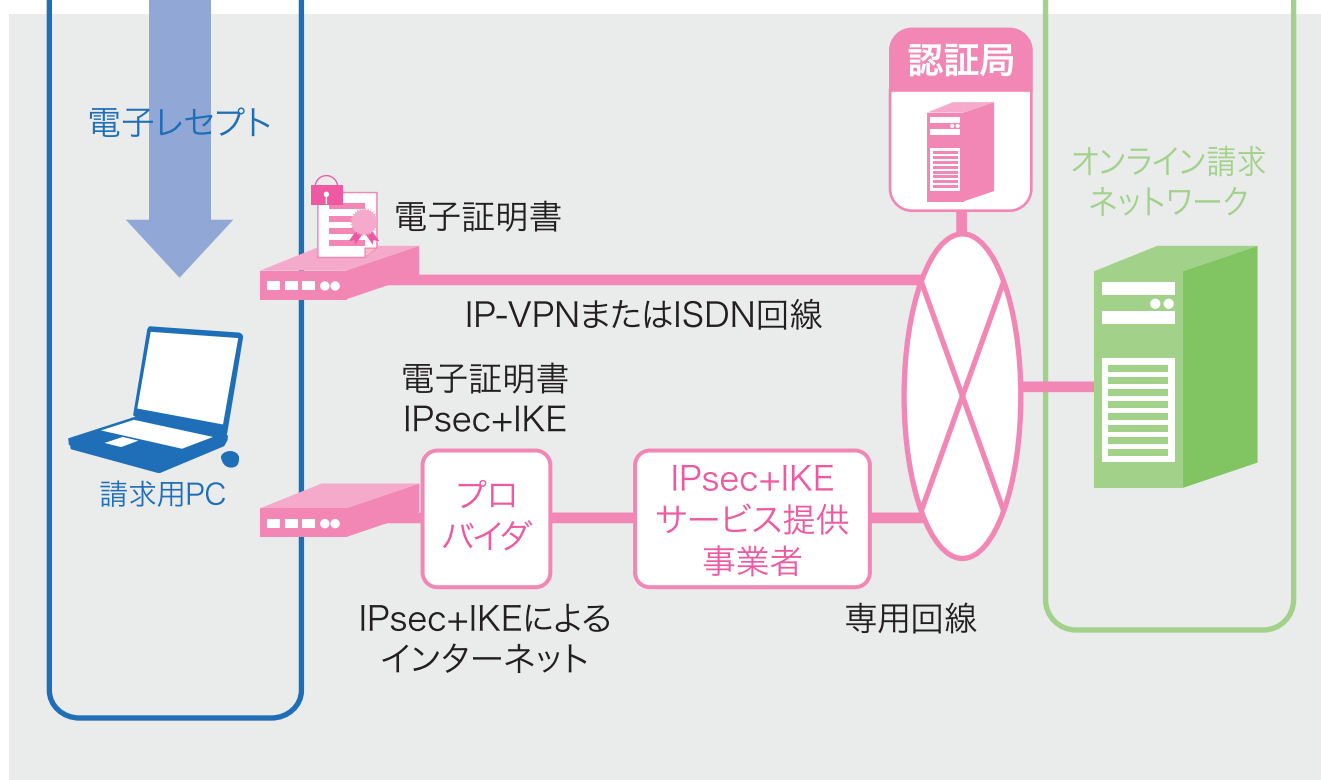
宮崎県版

■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



宮崎県国民健康保険連合団体

御中

住 所 宮崎県〇〇市××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 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	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				

[illegible]

ー紙レセプト請求ー

令和 4 年 5 月分診療報酬総括票

審査済印

事務済印

歯

県内分

県外分

当月分

月遅れ

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	〒 (8 1 2 - 0 0 1 3) 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 (0 9 2) - (4 7 4 - 1 7 7 7)
	コード	1 2 3 , 4 5 6 , 7		

入 力 バ ッ チ							請求書 枚 数 ⑭	明細書 枚 数 ⑮	返 戻 枚 数 ⑯
県番号 ⑧	決済コード ②	点数区分 ③	種別コード ④	係コード ⑤	No. ⑥	ラスト ⑦			
45		3	1	B					

国 保 分	区 分	入 院		入 院 外		※高額レセプト 件数欄 (再掲)
		件 数	点 数	件 数	点 数	
	一 般			11	5,130	
	退 職 者			2	1,530	
	合 計			13	6,660	

後 期 分	区 分	入 院		入 院 外	
		件 数	点 数	件 数	点 数
	合 計			3	1,296

国 保 + 後 期	区 分	入 院		入 院 外	
		件 数	点 数	件 数	点 数
	総 合 計			16	7,956

件

※ 高額レセプト件数欄(再掲)には、8万点以上のレセプト件数を記載して下さい。

なお、8万点以上のレセプトには、日計表及び理由書を添付のうえ別綴じで提出して下さい。

担 当 者	入 力 年 月 日	検 印
	年 月 日	

第三者行為(交通事故等)に該当する場合は、レセプトの**特記事項欄**に『10・第三』と、洩れのないように記載をお願いします。

宮崎県国民健康保険団体連合会

H26.2月 17,530枚

歯

令和 4 年 5 月分診療報酬明細書送付票

受 付 印	保険医療機関	医 療 機 関 コー ド		(県内分)	県外分	(当月分)	(月遅れ)
		1 2 3 , 4 5 6 , 7					
受 付 月 日	送 付 月 日	(国保分)	件 数	点 数			
月 日	送 付 別	(後期分)	13	6,660			
	直送・郵送		3	1,296			

⑨ 太線の枠内のみ保険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下さい。

令和 4 年 5 月分診療報酬請求書 (歯科) (県内分)

保險者 中央建設

県 市町村 庁

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 (宮崎県)
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 5 月 2 日

保険者番号					県番号		医療機関コード							表 別		
1	3	3	2	6	4	4	5	1	2	3	4	5	6	7	歯科	3

区 分				療 養 の 給 付				食 事 療 養 ・ 生 活 療 養			
				件数	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 一般・低所得	請求	入 院	21							
			入院外	22							
		※決定	入 院								
			入院外								
	七〇歳以上七割	請求	入 院	23							
			入院外	24							
		※決定	入 院								
			入院外								
	一般被保険者	請求	入 院	25							
			入院外	26	2	2	864				
		※決定	入 院								
			入院外								
六 歳	請求	入 院	27								
		入院外	28	1	1	571					
	※決定	入 院									
		入院外									
退 職 者	本 人	請求	入 院	29							
			入院外	30							
		※決定	入 院								
			入院外								
	被扶養者	請求	入 院	35							
			入院外	36							
		※決定	入 院								
			入院外								
	六 歳	請求	入 院	37							
			入院外	38							
		※決定	入 院								
			入院外								
公費負担医療	公費番号 81 割 合 2	請求	入 院	43							
			入院外	44	1	1	571	300			
		※決定	入 院								
			入院外								
	公費番号 90 割 合 7	請求	入 院	45							
			入院外	46	2	2	864				
※決定	入 院										
	入院外										

様式第六

見本

備考

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

- 注1. この用紙は、A列4番とすること。
2. ※印の欄は、記入しないこと。

保険者番号					県番号		医療機関コード							表 別		
1	3	3	2	6	4	4	5	1	2	3	4	5	6	7	歯科	3

区 分			療 養 の 給 付				食事療養・生活療養			
			件数	日数	点 数	一部負担金	件数	回数	金 額	標準負担額
公費負担医療	90	請求	入 院	43						
			入院外	44	10	10	6,666	22,222		
	3	※決定	入 院							
			入院外							
	公費番号	請求	入 院	45						
			入院外	46						
	制 合	※決定	入 院							
			入院外							
	公費番号	請求	入 院	47						
			入院外	48						
	制 合	※決定	入 院							
			入院外							
	公費番号	請求	入 院	49						
			入院外	50						
	制 合	※決定	入 院							
			入院外							
公費負担医療	公費番号	請求	入 院	51						
			入院外	52						
	制 合	※決定	入 院							
			入院外							
	公費番号	請求	入 院	53						
			入院外	54						
	制 合	※決定	入 院							
			入院外							
	公費番号	請求	入 院	55						
			入院外	56						
	制 合	※決定	入 院							
			入院外							

見本

様式第六

注1. この用紙は、A列4番とすること。 2. ※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	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

[illegible]

※算 定 額										
※本人点数										
※家族	点 数									
	金 額									

[illegible]

236040000000123000000004560

06138093123456700045993002011000000306300550000000000000000050311210

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

後期高齢者医療 請求添付票

審査済印



令和 4 年 5 月分

県 (内) 分

県 外 分

当 (月) 分

月 (遅れ) 分

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	(8 1 2 - 0 0 1 3) 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 (0 9 2) - (4 7 4 - 1 7 7 7)
	コード	1 2 3 , 4 5 6 , 7		

入 力 バ ッ チ						
県番号	決済コード	点数区分	種別コード	係コード	No.	ラスト
45		3	7	B		

確 認	検 印

件数	担当者	入力年月日	担当者
8		年 月 日	

見本

令和 4 年 5 月分診療報酬請求書（歯科）

保険者
宮 崎 県

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

(宮崎県)

下記のとおり請求する。

令和 4 年 6 月 1 日

保険者番号								県番号		医療機関コード							表 別	
3	9	4	5	0	0	0	2	4	5	1	2	3	4	5	6	7	歯科	3

区 分				療 養 の 給 付				食事療養・生活療養			
				件数	日数	点 数	一部負担金	件数	回数	金 額	標準負担額
後期高齢者医療	九割	請求	入 院 01								
			入院外 02	1	1	432					
		※決定	入 院								
			入院外								
	七割	請求	入 院 03								
			入院外 04	2	2	864					
		※決定	入 院								
			入院外								

様式第八

区 分				療 養 の 給 付				食事療養・生活療養			
				件数	日数	点 数	一部負担金	件数	回数	金 額	標準負担額
公費負担医療	公費番号	請求	入 院 05								
			入院外 06								
		※決定	入 院								
			入院外								
	公費番号	請求	入 院 07								
			入院外 08								
		※決定	入 院								
			入院外								
	公費番号	請求	入 院 09								
			入院外 10								
		※決定	入 院								
			入院外								
	公費番号	請求	入 院 11								
			入院外 12								
		※決定	入 院								
			入院外								

備 考

注1. この用紙は、A列4番とすること。
2. ※印の欄は、記入しないこと。

※高額療養費	件 数	
	金 額	円

入 力 バ ッ チ							
県番号	決済コード	点数区分	種別コード	係コード	No.		ラスト
45	6	3	1				

請求書 枚数 ⑭	明細書 枚数 ⑮	返戻 枚数 ⑯



〔国保連合会提出〕

平成 30 年 5 月診療分 母子・父子等医療総括票（社保併用分）

機 関 コード	1 2 3 , 4 5 6 , 7	保険医療機 関の所在地 及び名 称、 開設者氏名	〒 (8 1 2 - 0 0 1 3) 福岡市博多区博多駅東3ー1ー1 NORITZビル福岡4F ノーザ歯科医院 ノーザ 太郎 TEL (0 9 2 - 4 7 4 - 1 7 7 7)
----------------	-------------------	-----------------------------------	--

区 分		件 数	点 数	一部負担金
母子・父子等医療	入 院			
	入院外	4	1,828	5,500
	計	4	1,828	5,500

見本

担当者	入力年月日	担当者	担当者
	年 月 日		

宮 崎 県 国 民 健 康 保 険 団 体 連 合 会

注) 太線の枠内のみ保険医療機関において記入してください。



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