



-県別用紙印字見本-

滋賀県版



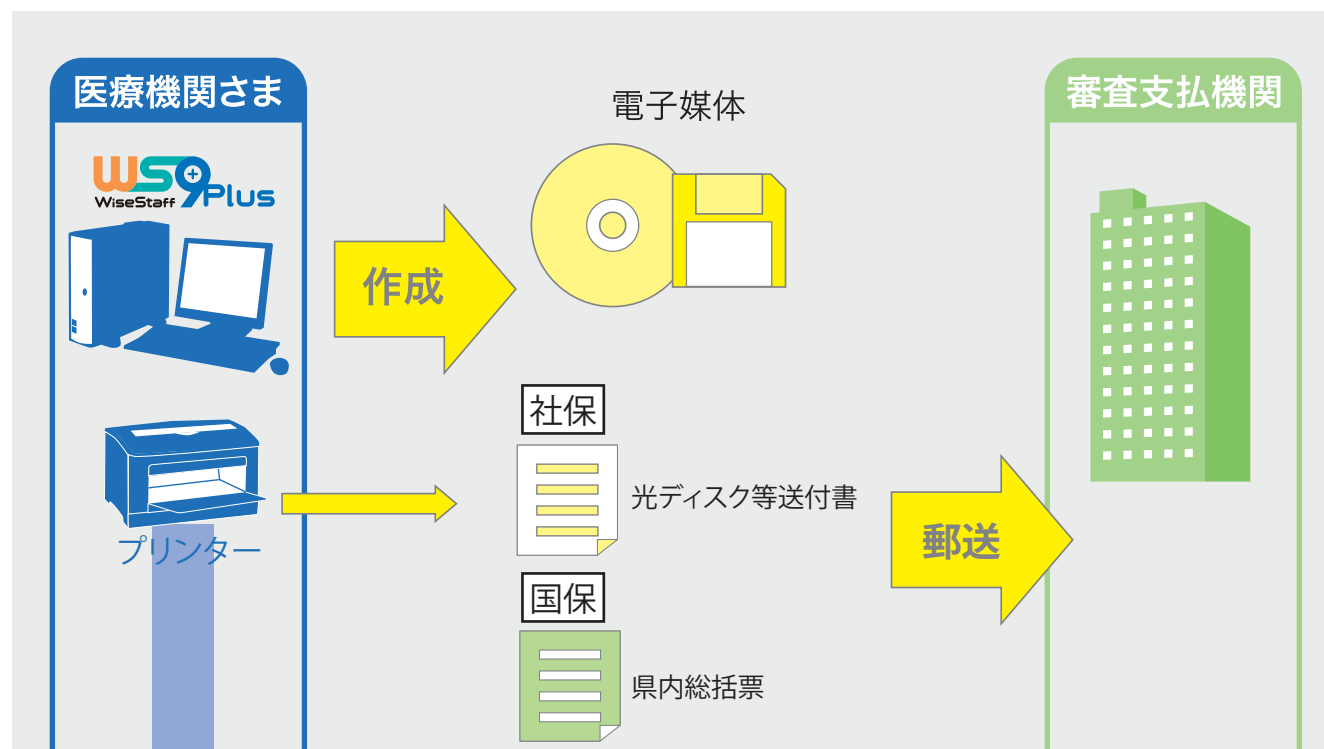
-電子レセプト請求-

電子レセプト請求の方法

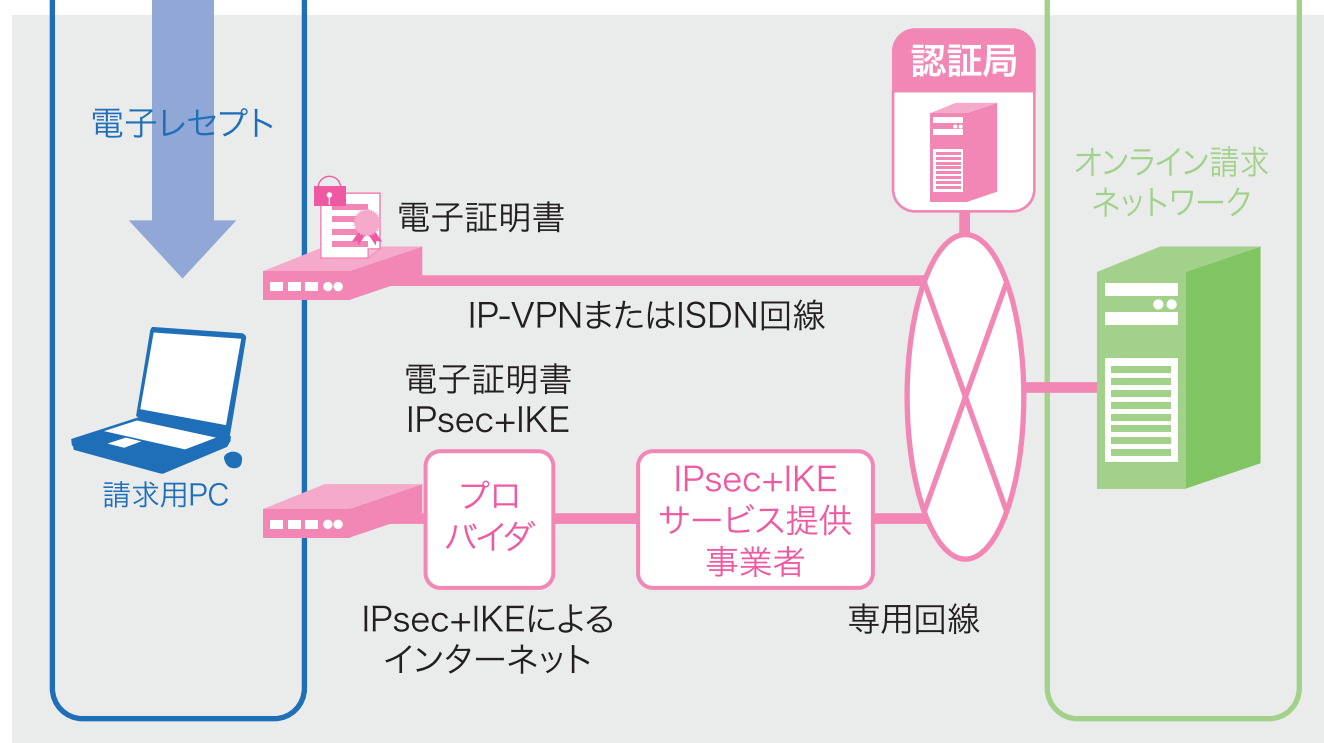
滋賀県版

■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



社会保険診療報酬支払基金滋賀支部 御中

住 所 滋賀県〇〇市××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 1 月診療（調剤）分		
提出年月日	令和 4 年 2 月 5 日		
媒体種類	F D	M O	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。

令和 4 年 1 月分 診療報酬総括票（歯科用）

保険医療機関 コード	1 2 3 4 5 6 7	レセプト記載 1. 紙レセプト ②. レセ電（磁気媒体） 3. レセ電（オンライン）
所在地 名称 開設者 氏名 電話番号	滋賀県大津市御陵町X-X-X ノーザ歯科医院 ノーザ太郎 777-777-7777	受付印

令和 4 年 2 月 5 日 下記の保険者について別添診療報酬請求書の通り請求する。

県内保険者		件数	県内保険者		件数	県外保険者（後期高齢者医療） 都 道 府 県 名		件数
医師国保	253013		豊 郷 町	250738				
大 津 市	250019		甲 良 町	250746				
彦 根 市	250027		多 賀 町	250753				
長 浜 市	250035		県外保険者（国保）		件数			
近江八幡市	250043		全国歯科医師国保	093013				
東近江市	250050		全国土木建設国保	133033		県内国保分 紙レセプト合計件数		件
草 津 市	250068		全国左官タイル塗装業	133231		県内後期高齢者医療分 紙レセプト合計件数		件
守 山 市	250076		中央建設国保	133264				
野 洲 市	250092		全国板金業	173280		県外国保分 紙レセプト合計件数		件
湖 南 市	250100		全国建設工事業国保	133298		県外後期高齢者医療分 紙レセプト合計件数		件
甲 賀 市	250118		建 設 連 合	233064		磁気媒体種類・枚数		
高 島 市	250126		京 都 建 築	263129		FD	MO (CD-R)	1 枚
米 原 市	250134		京 都 市	264002		福 祉 医 療 費 請 求 書		
栗 東 市	250522		近畿税理士	273102		磁気媒体	枚	紙合計 枚
日 野 町	250647		大 阪 市	274001		特別療養費		件
竜 王 町	250654					国 保		件
愛 荘 町	250712					後期高齢者医療		件

* 記入上の注意

- 1) 件数欄は月遅れ請求分も含めて保険者毎に国保分（国保一般分+退職者分）の紙レセプトの合計件数を記載してください。また、県外保険者（後期高齢者医療）についても都道府県別の件数を記載してください。（総括票には公費負担医療・福祉医療の件数を再掲する必要はありません。）
- 2) 県内・県外国保分紙レセプト合計件数欄及び県内・県外後期高齢者医療分紙レセプト合計件数欄には紙レセプトの総件数を記載してください。
- 3) 1回の請求につき1枚の総括票で請求してください。
- 4) 磁気媒体種類・枚数欄は、レセプトの電子媒体による請求の場合、磁気媒体の種類にマルをし、枚数を記載してください。
- 5) 福祉医療費請求書（磁気媒体・紙合計）枚欄には、請求する磁気媒体または連名簿（紙）の合計枚数を記載してください。
- 6) 特別療養費は、レセプトの上部余白に「特別療養費」と朱記し、特別療養費欄に件数を記載してください。
- 7) 破線より下段は記載の必要はありません。

区分	保険者確認	事務点検	審査委員会	計数整理	決定入力	増減入力	増減確認	エラー修正
担当者印								
		事業区分	処理区分	点数表区分				
		1	2	3				
		国保	県内	歯科				

ー紙レセプト請求ー

請求書・レセプトの綴綴方法

滋賀県版

※トレイから総括票、請求書
カセットからレセプトが
発行されます。

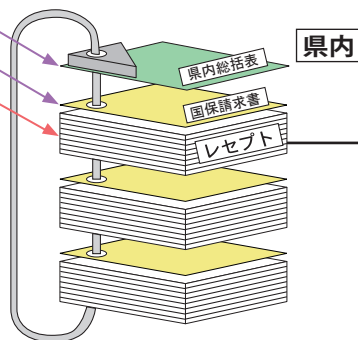


挟み込み印刷
総括表・請求書とレセプトが
提出順に印刷されます!
あとは印鑑を押して、
綴綴るだけ!

すべて枠なし用紙に
印刷します。

オーバーレイ印刷

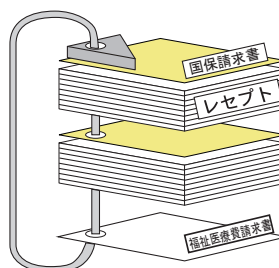
国保



総括表 県内
国保県内請求書
国保県内明細書

一般 70歳以上・低所得
70歳以上・7割
一般 本人
一般 6歳未満
退職者 本人
退職者 家族
退職者 6歳未満

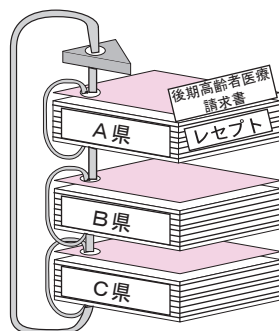
県外



国保県内請求書
国保県内明細書

一般 70歳以上・低所得
70歳以上・7割
一般 本人
一般 6歳未満
退職者 本人
退職者 家族
退職者 6歳未満

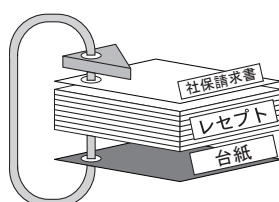
福祉医療費請求書
(連名簿)



後期高齢者(9割)
後期高齢者(7割)
公費

※県ごと

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)

令和 4 年 1 月分 診療報酬総括票（歯科用）

保険医療機関 コード	1 2 3 4 5 6 7	レセプト記載 ①. 紙レセプト 2. レセ電（磁気媒体） 3. レセ電（オンライン）
所在地 名称 開設者 氏名 電話番号	滋賀県大津市御陵町X-X-X ノーザ歯科医院 ノーザ太郎 777-777-7777	受付印

令和 4 年 2 月 5 日 下記の保険者について別添診療報酬請求書の通り請求する。

県内保険者		件数	県内保険者		件数	県外保険者（後期高齢者医療） 都 道 府 県 名		件数
医師国保	253013	1	豊 郷 町	250738				
大 津 市	250019	26	甲 良 町	250746				
彦 根 市	250027	15	多 賀 町	250753				
長 浜 市	250035	1	県外保険者（国保）		件数			
近江八幡市	250043		全国歯科医師国保	093013				
東近江市	250050	1	全国土木建設国保	133033		県内国保分 紙レセプト合計件数		53 件
草 津 市	250068	6	全国左官タイル塗装業	133231		県内後期高齢者医療分 紙レセプト合計件数		10 件
守 山 市	250076	1	中央建設国保	133264				
野 洲 市	250092	1	全国板金業	173280		県外国保分 紙レセプト合計件数		6 件
湖 南 市	250100		全国建設工事業国保	133298		県外後期高齢者医療分 紙レセプト合計件数		1 件
甲 賀 市	250118		建 設 連 合	233064	2	磁気媒体種類・枚数		
高 島 市	250126		京 都 建 築	263129	1	FD	MO	CD-R
米 原 市	250134		京 都 市	264002	1	福祉医療費請求書		
栗 東 市	250522		近畿税理士	273102	2	磁気媒体		枚
日 野 町	250647		大 阪 市	274001		紙合計		枚
竜 王 町	250654	1				特別療養費		
愛 荘 町	250712					国 保		件
						後期高齢者医療		件

* 記入上の注意

- 1) 件数欄は月遅れ請求分も含めて保険者毎に国保分（国保一般分+退職者分）の紙レセプトの合計件数を記載してください。また、県外保険者（後期高齢者医療）についても都道府県別の件数を記載してください。（総括票には公費負担医療・福祉医療の件数を再掲する必要はありません。）
- 2) 県内・県外国保分紙レセプト合計件数欄及び県内・県外後期高齢者医療分紙レセプト合計件数欄には紙レセプトの総件数を記載してください。
- 3) 1回の請求につき1枚の総括票で請求してください。
- 4) 磁気媒体種類・枚数欄は、レセプトの電子媒体による請求の場合、磁気媒体の種類にマルをし、枚数を記載してください。
- 5) 福祉医療費請求書（磁気媒体・紙合計）枚欄には、請求する磁気媒体または連名簿（紙）の合計枚数を記載してください。
- 6) 特別療養費は、レセプトの上部余白に「特別療養費」と朱記し、特別療養費欄に件数を記載してください。
- 7) 破線より下段は記載の必要はありません。

区分	保険者確認	事務点検	審査委員会	計数整理	決定入力	増減入力	増減確認	エラー修正
担当者印								
		事業区分	処理区分	点数表区分				
		1	2	3				
		国保	県内	歯科				

令和 4 年 1 月分

診療報酬請求書(歯科 入院外)

保険者

(別記) 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
電話番号
開設者氏名

滋賀県大津市御陵町X-X-X

ノーザ歯科医院
777-777-7777
ノーザ太郎

令和 4 年 2 月 8 日

保 険 者 番 号					
2	6	4	0	0	2

県番号
25

医 療 機 関 コ ー ド						
1	2	3	、	4	5	6、7

在宅医療	給付割合	
1	10	9
	⑧	⑦

			療 養 の 給 付				
			件 数	診療実日数	点 数	一部負担金	備 考
国 民 健 康 保 険 者	一般被保険者 (70歳以上一般・低所得)※	請 求 ₉₁	14 件	14 日	7,310 点	円	
		※ 決 定					
	一般被保険者 (70歳以上7割)	請 求 ₈₁	7	7	6,379		
		※ 決 定					
	一般被保険者	請 求 ₇₁	14	14	7,476		
		※ 決 定					
	一般被保険者 (6 歳)	請 求 ₃₁	6	6	2,171		
		※ 決 定					
	退 職 者	本 人	請 求 ₈₅₁	3	3 966		
			※ 決 定				
		70歳以上 9割	請 求 ₉₇₁				
			※ 決 定				
		70歳以上 7割	請 求 ₈₇₁				
			※ 決 定				
	被扶養者	請 求 ₇₇₁	2	2	994		
		※ 決 定					
	6 歳	請 求 ₃₇₁	3	3	1,623		
		※ 決 定					
老 人 保 健	老人9割	請 求 ₉₃					
		※ 決 定					
	老人7割	請 求 ₈₃					
		※ 決 定					

様式第六 (二) (第二条関係)

公 費 負 担 医 療	福 祉	請 求 ₄₀₁	31 件	31 日	21,774 点	16,950 円	
		※ 決 定					
		請 求					
		※ 決 定					

9 9 9 9	Ⓔ	件
9 9 9 9	Ⓕ	件

備考

- この用紙は、A列4版クリーム色上質紙(55kg)とし黒刷りして下さい。
- ※印の欄は、記入しないで下さい。
- 請求書は「国民健康保険：一般被保険者」欄に限り、法定外給付分は別請求書を作成の上、「給付割合」欄の該当数字を○で囲んで下さい。
- 福祉医療については、公費負担医療と同様に再掲し、福祉医療分を合計の上、記載して下さい。
- 「Ⓔ」欄は、高額長期疾病に該当の件数を記載して下さい。
- 「Ⓕ」欄は、老人と原爆医療併用該当の件数を記載して下さい。

令和 4 年 1 月分

後期高齢者医療診療報酬請求書(医科・歯科)

(25 滋 賀 県) 後期高齢者医療広域連合組合 殿 保 険 医 療 機 関 の 滋 賀 県 大 津 市 御 陵 町 X-X-X
所 在 地 及 び 名 称 ノーザ歯科医院
電 話 番 号 777-777-7777
開 設 者 氏 名 ノーザ太郎

様式第八

下記のとおり請求する。
令和 4 年 2 月 8 日

後期高齢者医療

県番号		医 療 機 関 コ ー ド							在宅医療
2	5	1 2 3 、 4 5 6 、 7							1

				療養の給付				食事療養			
				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
後期高齢者 (九割)	請求	入院	1	件	日	点	円	件	回	円	円
		入院外	2	5	4	7,660					
	※決定	入院	1								
		入院外	2								
後期高齢者 (七割)	請求	入院	1								
		入院外	2	6	15	104,098	44,400				
	※決定	入院	1								
		入院外	2								

見本

公 費 負 担 医 療	1 9	請求	入院	1	件	日	点	円	件	回	円	円
			入院外	2	2	9	13,335					
		※決定	入院	1								
			入院外	2								
	8 4	請求	入院	1								
			入院外	2	5	6	11,332	1,000				
		※決定	入院	1								
			入院外	2								
	8 2	請求	入院	1								
			入院外	2								
		※決定	入院	1								
			入院外	2								
	8 3	請求	入院	1								
			入院外	2								
		※決定	入院	1								
			入院外	2								

9 9 9 9	Ⓢ	2 件
---------	---	-----

注記 1. この用紙は、A列4版さくら色上質紙(55kg)とし黒刷りして下さい。
2. ※印の欄は、記入しないで下さい。
3. 公費が4種類を超え、公費負担医療欄に記載できない場合は請求書を複数枚に分けてください。
4. 福祉医療については、公費負担医療と同様に再掲し、福祉医療助成番号毎に合計の上、記載して下さい。
5. 老人被爆者の場合は公費医療欄に19と記載し、件数、日数、点数を記載してください。
6. Ⓢ 欄は、高額長期疾病に該当の件数を記載して下さい。

様式第7号 福祉医療費請求書（連名簿）

No. 1

令和 4 年 1 月分 事業区分 9										医療機関所在地		滋賀県大津市御陵町 X-X-X										医療機関コード									
令和 4 年 2 月 5 日 処理区分 2										名称・開設者氏名		ノーザ歯科医院 ノーザ太郎 777-777-7777										1 2 3 4 5 6 7									
令和 4 年 2 月 5 日										公費番号① 公費番号②		被保険者証番号		診療年月		給付割合		本家		請求点数 (美整の場合は合計)		一部負担金		公費分点数① 公費分点数②		公費対象 患者負担額① 公費対象 患者負担額②		長 公		科別 番号	
区分	受給者氏名	生年月日	保険者番号	被保険者証記号	公費番号①	公費番号②	被保険者証番号	診療年月	給付割合	本家	請求点数 (美整の場合は合計)	一部負担金	公費分点数①	公費分点数②	公費対象 患者負担額①	公費対象 患者負担額②	長	公	科別 番号												
1	2	田中 淳二	31250178	40254658	1111111			27 4	80	4 2	721		721		500																
		男 4200101	1	1																											
2	2	山本 卓也	31250178	40254658	1111111			27 4	80	4 3	1391		1391		500																
		男 4200202	1	1																											
3	2	中村 大介	06250252	40254658	1111111			27 4	80	4 1	248		248																		
		男 4200101	10	11																											
4	2	吉田 美智子	01250018	42251157	1111111			27 4	70	6 2	746		746		750																
		男 3210202	11111	1																											
5	2	松本 弘樹	01250018	42251157	1111111			27 4	70	6 4	342		342		1030																
		男 3210101	1	1																											
6	2	井上 信彦	01250018	41251158	1111111			27 4	80	8 2	1280		1280		500																
		男 3150101	111111111	11																											
1	合計							件数	6	4728	4728	3280																			

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 42x2 +			
X線検査				全顎 38x1				色調 S 増				P濃検			
				パ 317x1				EMR				60x1			
処 置				う 蝕 保護 処置				根 根				加圧 根 生切			
				感 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								64x1			
歯 冠				(前 C 金 硬 乳)				+				TeC			
				(生 単)				+				咬 18x1			
修 成				(生 プ)				+				試 適			
支台 印象				支台 築造				前 小 大				修形 120x1			
				金 乳 銀				硬ジ				充 1			
復 及				521x1				乳				充 2			
				大 銀				装着 45x1 +				材 充 I			
欠 損				ボシ ティック				バ前 銀前				装着 材料			
				バ小 銀小				バ大 銀大				17x1			
				有 1~4歯				床				線 14 双			
				5~8歯				造 14K				鉤 K レスト			
				9~11歯				適				不 双			
				12~14歯				合				レスト シ			
				その他								間 接			
												人			
												工			
												歯			
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



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9月14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。



大阪支店

〒550-0005

大阪府大阪市西区西本町2-5-28

コスモ西本町ビル 8 F

TEL 06 (6536) 2187 FAX 06 (6536) 2287

<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。

