



-県別用紙印字見本-

京都府版



株式会社 ノーザ

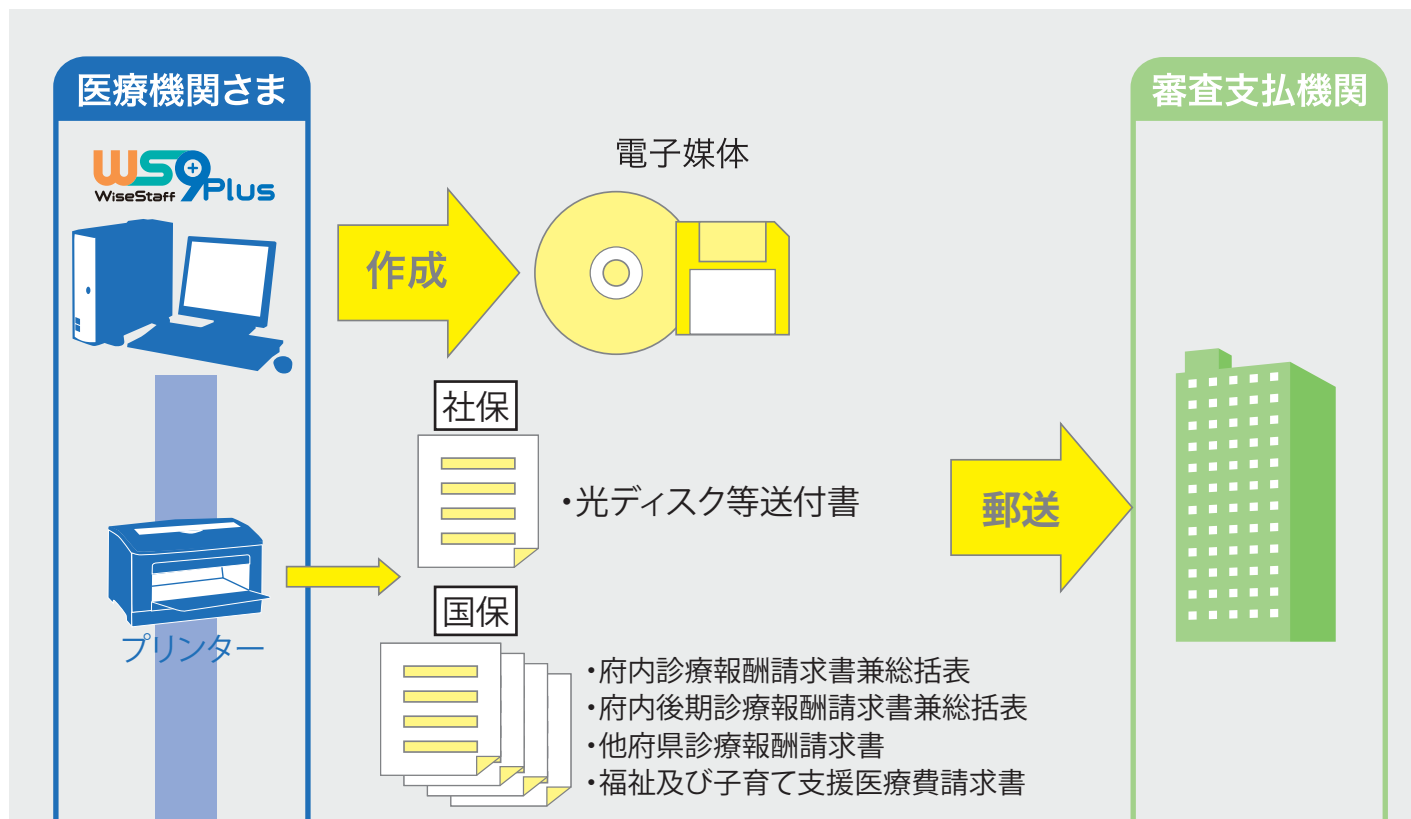
-電子レセプト請求-

電子レセプト請求の方法

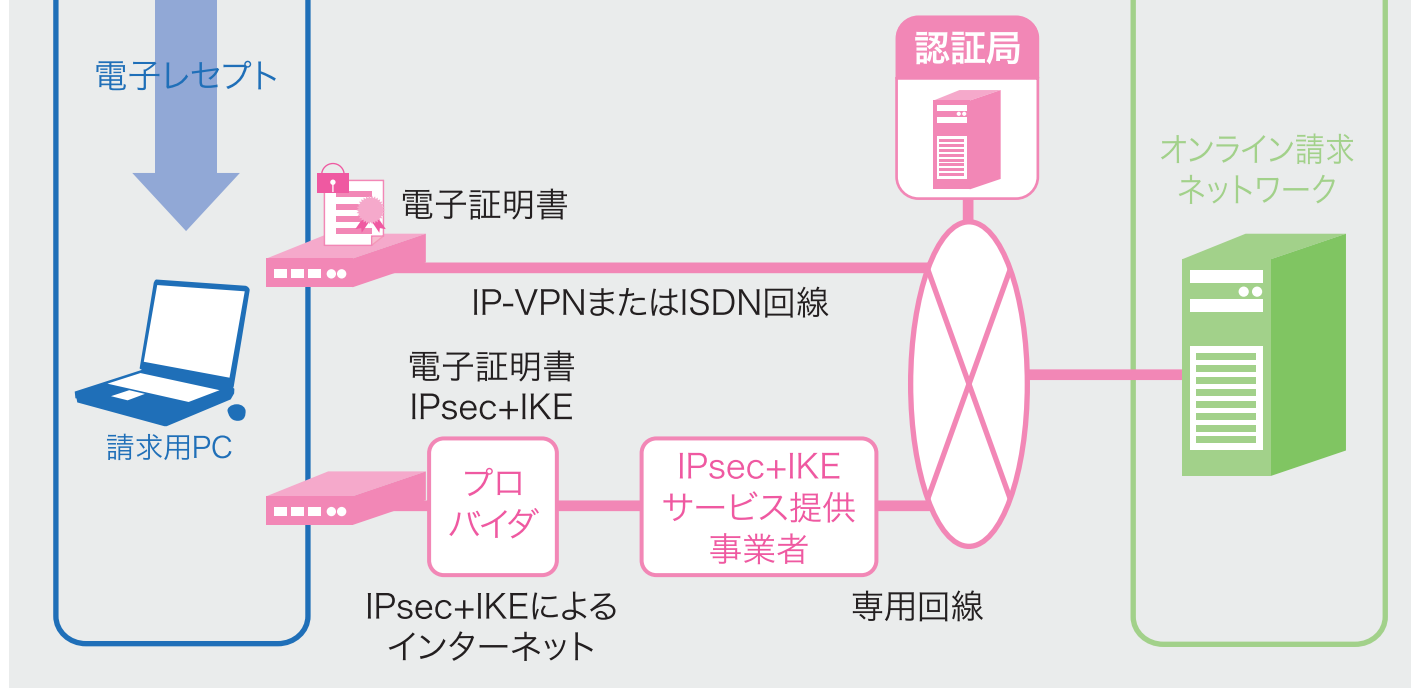
京都府版

■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京都支部 御中

住 所 京都府〇〇市××町1-1
開設者 ワイズビル
氏 名 ノーザ 一郎

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 6 日		
媒体種類	F D	M O	<u>C D - 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	代表者名称	所在地	中央1-21-4
ノ一ザ菌科医院	ノ一ザ一郎	東京都中央区	

[illegible]

ー紙レセプト請求ー

請求書・レセプトの編綴方法

京都府版

※トレイから総括表、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、
台紙で閉じるだけ!

すべて枠なし用紙に
印刷します。



国保

各種健康診査・予防接種(京都市)及び医保福祉併用分総括表

健診・医保福祉
総括表

フッ化物歯面塗布
歯周疾患予防健診請求

受診票

福祉及び子育て支援
医療費請求書
43・44・45

フッ化物歯面塗布 (京都市)
歯周疾患予防健診 (京都市)

国保・後期(歯科):他府県分

診療報酬請求書
兼 総括表

特別療養費請求
レセプト

レセプト

レセプト

一般(70歳以上)
一般被保険者
後期高齢者
一般(70歳以上)
一般被保険者
老人保健(後期高齢者除く)

後期高齢者

国保(歯科):京都府管内分

診療報酬請求書
兼 総括表

特別療養費請求
レセプト

過誤返戻・再審査
レセプト

他府県公費・老健
レセプト

外来
レセプト

一般(70歳以上)
一般被保険者
一般(70歳以上)
一般被保険者
老人保健

70歳以上の高齢受給者証お持ちの方
群部(舞鶴市/宮津市/伊根町/与謝野町)
学童う歯(10割)

国保
京都市国保学童う歯
老人保健

後期(歯科):京都府管内分

診療報酬請求書
兼 総括表

特別療養費請求
レセプト

過誤返戻・再審査
レセプト

他府県公費・老健
レセプト

外来
レセプト

後期高齢者

後期高齢者

後期高齢者 9割
後期高齢者 7割

社保

社保請求書

レセプト

台紙

70歳以上(9割)
70歳以上(7割)
一般 本人
一般 家族
6歳未満



国保（歯科）：京都府管内分

令和 4 年 4 月分

診療報酬請求書兼総括表

市町村長 国保組合理事長 様 下記のとおり請求する。

仕分区分	点数表区分	保険医療機関の 所在地 名称 開設者氏名 電話番号	〒 604-0000 京都府京都市中京区X-X-X ノーザ歯科医院 ノーザ 太郎 77-7777-7777			
	3					
医療機関コード						
1 2 3 , 4 5 6 , 7						
区分	件数	点数	一部負担金	他県公費 ※1		診療 実日数
一般 (70歳以上)	9	11,643				
一般・退職 (被保険者)	67	37,952				
京都市国保 学童う歯 ※2	3	1,871				
老人保健						
合計	79	51,466				

見本

※ 各制度公費を含み集計してください。

区分	件数	点数
一部負担金減額・免除・猶予(再掲)		
10割郡部学歯(再掲)※4		
特別療養費 (資) ※5		

受付印

記載上の留意事項

- 太線枠内のみ記入してください。
- ※1は、京都府管内分の保険者で、他県公費については、件数を記載し、レセプトは総括表の下に綴じてください。
- ※2は、保険者が京都市一般の学歯を集計してください。
- ※3は、舞鶴市・宮津市・伊根町・与謝野町の学歯分を再掲してください。
- ※4は、特別療養費 (資) 欄→レセプト上部余白に「特別療養費」と朱記し、上記集計には含まず件数・点数を記載し、総括表の下に綴じてください。
- 過誤返戻付箋添付レセプト・再審査依頼付箋添付レセプトについては、制度区分関係なく総括表の下に綴じてください。
- 「一部負担金」欄→レセプトの「一部負担金額」の項の合計を記載してください。
- レセプトの綴じ方は、各制度(70歳以上・被保険者・京都市学歯・老人保健)ごとの保険者番号順にしてご提出ください。



国保・後期（歯科）：他府県分

令和 4 年 9 月分 診療報酬請求書兼総括表

市町村長 国保組合理事長 後期高齢者医療広域連合長 様 下記のとおり請求する。

仕分区分		点数表	保険医療機関の		〒 604-0000	
		3	所在地		京都府京都市中京区X-X-X	
医療機関コード			名称		ノーザ歯科医院	
1 2 3 4 5 6 7			開設者氏名		ノーザ 太郎	
			電話番号		77-7777-7777	
区分		件数	点数	一部負担金	老人原爆※1	診療 実日数
一般 （公費含む）	70歳以上					
	一般被保険者 未就学児	1	779			
	小計	1	779			
退職 （公費含む）	70歳以上					
	本人・被扶養者 未就学児					
	小計					
老人保健						
合計		1	779			

見本

後期高齢者	9割	1	777		
	7割				
合計		1	777		

区分	件数	点数
一部負担金減額・免除・猶予(再掲)		
特別療養費 (資) ※2		

受付印

記載上の留意事項

- 太線枠内のみ記入してください。
- 全国建設(133298)、全国土木(133033)は京都府管内分に集計してください。
- ※1は、老人保険の被爆者について件数を記載してください。また、レセプトには「特記事項欄」に原と記載してください。
- ※2の特別療養費(資)欄→レセプト上部余白に「特別療養費」と朱記し、上記集計には含まず件数・点数を記載し、総括表の下に綴じてください。
- レセプトの綴じ方は、他府県用診療報酬請求書ごとの保険者番号順にしてご提出ください。

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
開設者氏名
電話番号
京都府京都市中京区X-X-X
ノーザ歯科医院
ノーザ 太郎
77-7777-7777

令和 4 年 5 月 6 日

保険者番号						
		2	5	0	0	2 7

府番号	医療機関コード						
2 6	1	2	3	4	5	6	7

区 分			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
国 保 (一 般)	70歳以上 (一般・低所得)	入								
		外	4	9	29,794	20,000				
	70歳以上7割	入								
		外	2	6	21,507	44,400				
	一般被保険者	入								
		外								
	未就学児	入								
		外								
国 保 (退 職 者)	本 人	入								
		外								
	70歳以上9割	入								
		外								
	70歳以上7割	入								
		外								
	被扶養者	入								
		外								
老 人 保 健	9 割	入								
		外								
	7 割	入								
		外								
後 期 高 齢 者	9 割	入								
		外								
	7 割	入								
		外								
請 求 合 計	入									
	外	6	15		51,301	64,400				
決 定 合 計	入									
	外									

見本

公費負担医療（再掲）

	入									
	外									
	入									
	外									

高額療養費

区 分	件 数	金 額
一般被保険者		
退 職 者		
後 期 高 齢 者		

注意 この請求書については、太線枠内のみ記入してください。

43

44

45

福祉及び子育て支援
医療費請求書

令和 4 年 4 月分下記のとおり請求します。
令和 4 年 5 月 6 日

医療機関コード

1 2 3 , 4 5 6 , 7

点
数
表

区分

1
医

3
歯

4
調

名称開設者氏名
京都府京都市中京区X-X-X
ノーザ歯科医院
ノーザ 太郎

医療機関所在地

公長表示の確認

No.	受給者氏名	保険種別	本・家	公費負担者番号				受給者番号				診療年月		請求点数	※1 公費分患者負担額	※2 自己負担								
1	ノーザ 太郎	①協2船3日 4共5組6自	6	4	3	2	6	0	0	1	7	0	0	0	0	0	2	4	0	4	3,387			円
2	ノーザ 花子	①協2船3日 4共5組6自	2	4	3	2	6	0	0	1	7	0	0	0	0	0	2	4	0	4	304			円
3	ノーザ 次郎	①協2船3日 4共5組6自	8	4	3	2	6	0	0	1	7	0	0	0	0	0	2	4	0	4	809	809		円
4	佐藤 淳二	①協2船3日 4共5組6自	0	4	3	2	6	0	0	1	7	0	0	0	0	0	2	4	0	4	606			円
5	鈴木 卓也	①協2船3日 4共5組6自	8	4	3	2	6	0	0	1	7	1	1	1	1	1	2	4	0	4	2,163	2,163		円
6	高橋 大介	①協2船3日 4共5組6自	0	4	3	2	6	0	0	1	7	1	1	1	1	1	2	4	0	4	2,070			円
7	田中 美智子	①協2船3日 4共5組6自	8	4	4	2	6	0	0	1	6	0	0	0	0	0	2	4	0	4	343	343		円
8	伊藤 弘樹	①協2船3日 4共5組6自	8	4	4	2	6	0	0	1	6	1	1	1	1	1	2	4	0	4	814	814		円
9	渡部 信彦	①協2船3日 4共5組6自	0	4	4	2	6	0	0	1	6	1	1	1	1	1	2	4	0	4	669			円
10	山本 一雄	①協2船3日 4共5組6自	6	4	4	2	6	0	0	3	2	0	0	0	0	0	2	4	0	4	4,533			円
11	中村 暁彦	①協2船3日 4共5組6自	2	4	4	2	6	0	0	3	2	0	0	0	0	0	2	4	0	4	618			円
12	小林 優樹	①協2船3日 4共5組6自	0	4	4	2	6	0	0	3	2	0	0	0	0	0	2	4	0	4	2,825			円
13	加藤 隆志	①協2船3日 4共5組6自	4	4	5	2	6	0	0	3	1	1	1	1	1	1	2	4	0	4	829		200	円
14	山田 清之	①協2船3日 4共5組6自	4	4	5	2	6	0	1	1	4	1	1	1	1	1	2	4	0	4	247		200	円
15	松本 忍草	①協2船3日 4共5組6自	6	4	5	2	6	1	0	8	8	1	1	1	1	1	2	4	0	4	209		200	円
16		1協2船3日 4共5組6自				2	6																	円
17		1協2船3日 4共5組6自				2	6																	円
18		1協2船3日 4共5組6自				2	6																	円
19		1協2船3日 4共5組6自				2	6																	円
20		1協2船3日 4共5組6自				2	6																	円
21		1協2船3日 4共5組6自				2	6																	円
22		1協2船3日 4共5組6自				2	6																	円
23		1協2船3日 4共5組6自				2	6																	円
24		1協2船3日 4共5組6自				2	6																	円
25		1協2船3日 4共5組6自				2	6																	円
請求合計												15 件	20,426	4,129	600	円								
決定合計												件				円								

※記載上の注意は、裏面をご覧ください。

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

03-5348-1881

下記のとおり請求します。 令和 4 年 5 月 2 日

区 分			件 数	診療実日数	点 数	一部負担金
医療 						

見本

様式第一(三)(第二条関係)

第 1 号様式（第 4 条関係）

令和 4 年 9 月分 学歯診療報酬請求書

3 歯

所在地（区・市・町）	医療機関コード（7 桁）					
	1	2	3	4	5	6

届出金融機関	該当種別に○印			支店名
	信用 銀行	信用 金庫	信用 組合	信用 農協 その他

※取扱医療機関の所在地
および名称開設者氏名 TEL 77-7777-7777
〒 6 0 4 - 0 0 0 0
京都府京都市中京区X-X-X

ノーザ齒科医院
ノーザ 太郎

（あて先）京都市長

給付率・区分	請 求（二重枠内のみ御記入願います。）		決 定		
	件数	診療実日数	点数	診療実日数	点数
8 割					
7 割〔医療保険 京都市国保 退職分 組合国保〕	1	2	1,782		
0 割〔在学証明書〕					
合 計	1	2	1,782		

見本

資格証明書（京都市一般分以外）									
資格証明書（京都市一般分以外）		受付日付印		内 容 確 認 印					
郵 送	決 定 印								
事 務 確 認									
持 参		集 計		過誤調整額					
				差 引 額					
				支払確定額					

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。

