



-県別用紙印字見本-

兵庫県版



株式会社 ノーザ

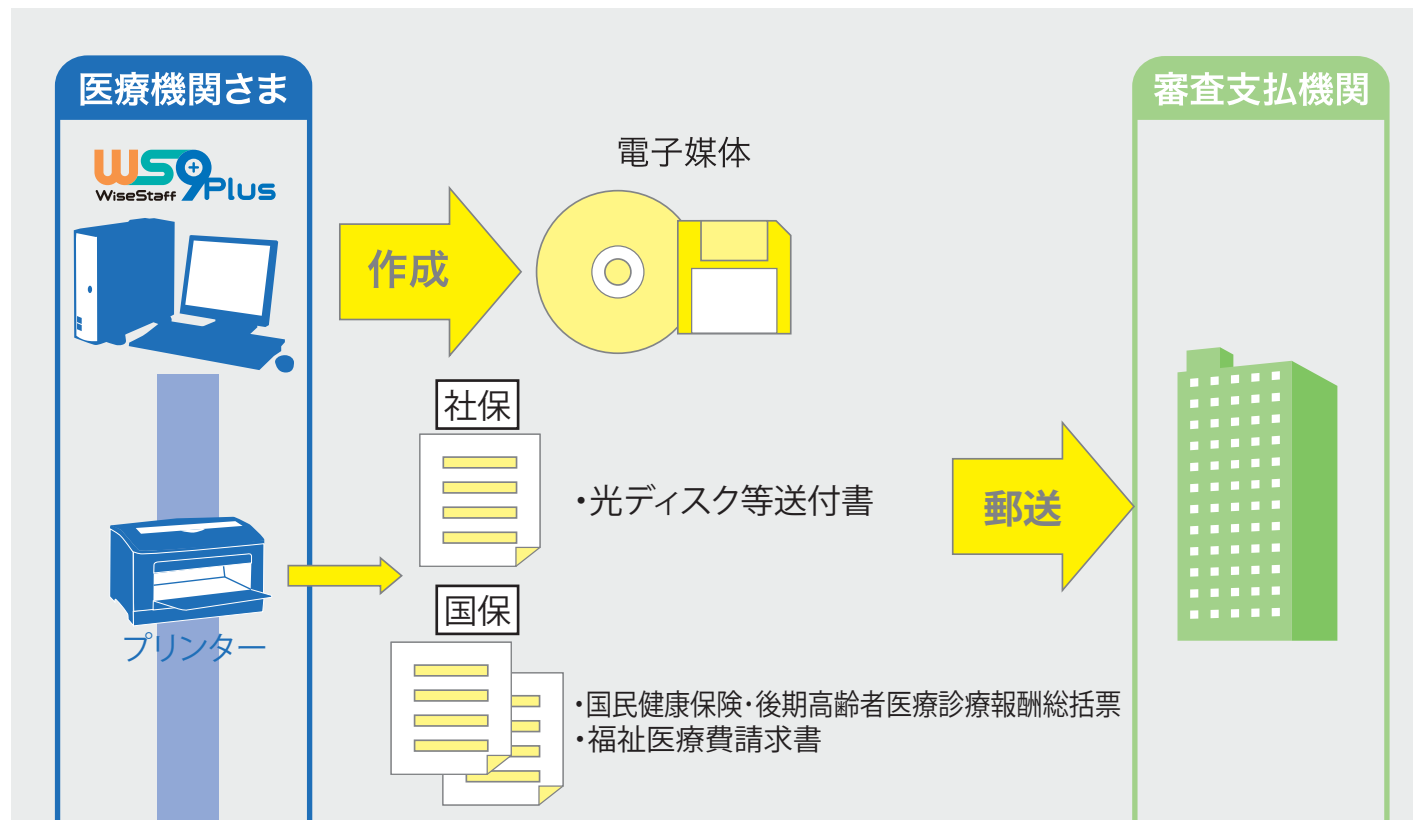
-電子レセプト請求-

電子レセプト請求の方法

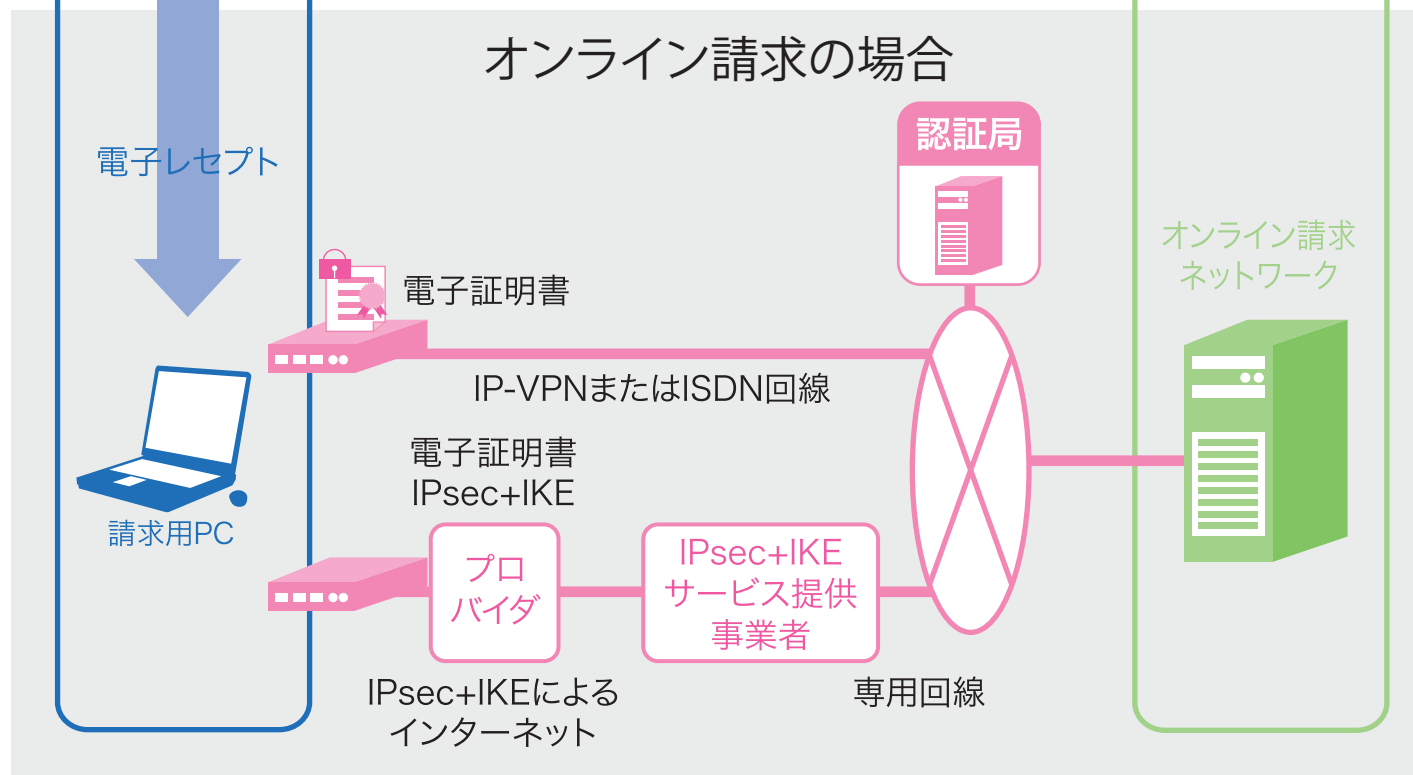
兵庫県版

■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兵庫支部 御中

住 所 兵庫県神戸市中央区東川崎町1-3-3
開設者 神戸ハーバーランドセンタービル15F
氏 名 ノーザ 太郎

光ディスク等送付書

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>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。

(様式審3)

4 年 5 月分

国民健康保険・後期高齢者医療診療報酬総括票

医 療 機 関 コ ー ド 番 号	1 2 3 4 5 6 7	表 別	1 医	③ 歯	診療科名	歯 科		
所 在 地	〒 650-0044 兵庫県神戸市中央区東川崎町 1-3-3 神戸ハーバーランドセンタービル15F							
機 関 名	ノーザ歯科医院				病 院 診 療 所 医 院 ク リ ニ ッ ク			
開 設 者 名	ノーザ太郎 TEL 0 7 8 - 3 6 7 - 5 8 0 1							
区 分	件 数	点 数			請求書枚数	社 保 福 祉 医 療 費 請 求 件 数		5
国 保 分 請 求	県内分 入 院					4	整 理 番 号	
	入 院 外	3 6		4 4	7 0 4			
	県外分 入 院					1		
	入 院 外	1		1	2 0 4			
	計	3 7		4 5	9 0 8	5		
後 期 分 請 求	県内分 入 院					1		
	入 院 外	5		5	6 0 3			
	県外分 入 院					1		
	入 院 外	1			7 7 9			
	計	6		6	3 8 2	2		

(注) 太線 (—) の中のみ記入してください。

請求欄は県内分 (県内又は県内扱いとする保険者分) と県外分 (下記以外の保険者分) に分けて記入してください。

(県内又は県内扱いとする保険者名)												
(市部)	神 戸	姫 路	尼 崎	明 石	西 宮	洲 本	芦 屋	伊 丹	相 生	加古川	赤 穂	
	西 脇	宝 塚	三 木	高 砂	川 西	小 野	三 田	加 西	加 東	たつの	宍 粟	
	養 父	朝 来	丹 波	篠 山	淡 路	南あわじ	豊 岡					
(郡部)	猪名川	多 可	稲 美	播 磨	市 川	福 崎	神 河	太 子	上 郡	佐 用	香 美	
	新温泉											
(組合)	兵庫食糧	明石浦	中央卸売	兵庫県食品	兵庫県歯科医師	兵庫県医師	兵庫県薬剤師	兵庫県建設				
	全国土木建築	全国建設工事業										
審 査 印	受 付 印			事 務				摘 要 (県外保険者名)				
				上	内	外	負	(国保分) 岡崎市	(後期分) 大阪府			
				公	決	突	検					
				係 名								
				— 係								

福祉医療費請求書 (社 保 用)				保 険 医 療 機 関	所 在 地	兵庫県神戸市中央区東川崎町 1-3-3 神戸ハーバーランドセンタービル15F											
令和 4 年 5 月分下記のとおり請求する。 令和 4 年 6 月 6 日					名 称	ノーザ歯科医院											
					開設者氏名	ノーザ 太郎											
請 求 先	兵庫県知事 神戸市 市・(町)長 様				保 険 者 コ ー ド	県 番 号	保 険 医 療 機 関 コー ド							表 別		割 合	
					2 8 9 9 9 1	2 8	1 2 3 4 5 6 7							医 科 1	歯 科 ③	1	2
受 給 者 氏 名		生 年 月		公費負担者番号 法別 県番号 実施主体		受 給 者 番 号		診療年月		入 外	日 数	点 数		一部負担金		備 考	
1 佐藤 朗		4 1 5 0 5		8 1 2 8 4 0 8 5		1 2 3 4 5 6 7				1 ②	1	526		800			
2 鈴木 昌宏		4 1 5 1 1		8 1 2 8 4 1 1 9		7 6 5 4 3 2 1				1 ②	1	435		800			
3 高橋 創一郎		4 1 6 0 5		8 0 2 8 4 1 1 0		3 2 1 0 9 8 7				1 ②	1	875		800			
4 田中 忍草				8 2 2 8 4 1 1 8		7 7 7 7 7 7 7				1 ②	6	2,718		600			
5 伊藤 龍之介				8 5 2 8 4 1 1 5		9 9 9 9 9 9 9				1 ②	3	969		600			
6				2 8						1 2							
7				2 8						1 2							
8				2 8						1 2							
9				2 8						1 2							
10				2 8						1 2							
11				2 8						1 2							
12				2 8						1 2							
13				2 8						1 2							
14				2 8						1 2							
15				2 8						1 2							
16				2 8						1 2							
17				2 8						1 2							
18				2 8						1 2							
19				2 8						1 2							
20				2 8						1 2							
請 求 合 計				5 件		12 日				5,523 点		3,600 円					
※ 決 定 合 計				件		日				点		円					

- (注) 1 市・町別・表別・割合別に作成してください。
- 2 入・外欄の入院は「1」・外来は「2」に○印を付してください。
- 3 点数欄は福祉医療対象点数を記入してください。
- 4 診療年月欄には該当年月以外は必ず記入してください。
- 5 乳幼児医療(法別 80、81)については、生年月を記載してください(例・平成18年10月生の場合、41810と記載)。
- 6 高額長期疾病分は、受給者氏名欄左欄外に ㊟ と記載し、備考欄に ㊿ を記載してください。ただし、上位所得者で自己負担額が2万円の場合は、受給者氏名欄左欄外に ㊿ と記載し、備考欄に ㊿ を記載してください。

ー紙レセプト請求ー

国民健康保険診療報酬請求書（医科・歯科）

令和 4 年 5 月分

保険医療機関の所在地 兵庫県神戸市中央区東川崎町 1-3-3

保険者 神戸市 様

名 称 神戸ハーバーランドセンタービル15F

開設者氏名 ノーザ歯科医院

下記のとおり請求する。

保険者番号 県番号 医療機関コード

ノーザ 太郎

令和 4 年 6 月 6 日

2 8 4 0 0 0 2 8 1 2 3 4 5 6 7

請求区分			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
国民健康保険	一般被保険者	70歳以上一般・低所得	入院			円			円	円
		入院外	3	6	3,391					
		70歳以上7割	入院							
		入院外	1	4	4,410					
		一般被保険者	入院							
		入院外	29	65	34,723	700				
	6歳	入院								
		入院外	1	1	495	700				
	本人	入院								
		入院外	2	5	1,685					
	退職者	70歳以上9割	入院							
		入院外								
		70歳以上7割	入院							
		入院外								
	被扶養者	入院								
		入院外								
	6歳	入院								
		入院外								
老人保健	老人9割	入院								
		入院外								
	老人7割	入院								
		入院外								
請求合計	入院					円			円	円
	入院外	36	81	44,704	1,400					
決定合計	入院					円			円	円
	入院外									

見本

請求区分			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 (公費分)
公費負担医療		入院				円			円	円
		入院外								
		入院								
		入院外								

	総計誤算		増減状況	
	増点	減点	増点	減点
入院				
入院外				

高額療養費			
一般被保険者		退職者	
件数	金額	件数	金額
	円		円

件	円
件	円

返戻			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
入院										
入院外										

備考 1 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。
2 表については、太線の表のみ記入してください。

後期高齢者医療診療報酬請求書（医科・歯科）

様式第八

令和 4 年 5 月分

保険医療機関の所在地 兵庫県神戸市中央区東川崎町 1-3-3

各広域連合 様

名 称 神戸ハーバーランドセンタービル 15F

下記のとおり請求する。

開設者氏名 ノーザ歯科医院

令和 4 年 6 月 6 日

保 険 者 番 号							県番号	医 療 機 関 コ ー ド						
3	9	2	8	0	0	3	28	1	2	3	4	5	6	7

請 求 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
後期 高齢 割	請求	入 院				円			円	円
		入院外	5	7	5,603					
	※決定	入 院								
		入院外								
七 後期 高齢 割	請求	入 院								
		入院外								
	※決定	入 院								
		入院外								

請 求 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 (公費分)
公費負担医療	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								

見本

備 考

備考 1 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。
2 表については、太線の表のみ記入してください。

※高額療養費	件数	
	金額	円

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]

[illegible]

236040000000123000000004560

06138093123456700045993002011000000306300550000000000000000050311210

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。



神戸支店

〒650-0044
兵庫県神戸市中央区東川崎町1-3-3
神戸ハーバーランドセンタービル15F
TEL 078(367)5801 FAX 078(367)5805

<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。

