



-県別用紙印字見本-

群馬県版



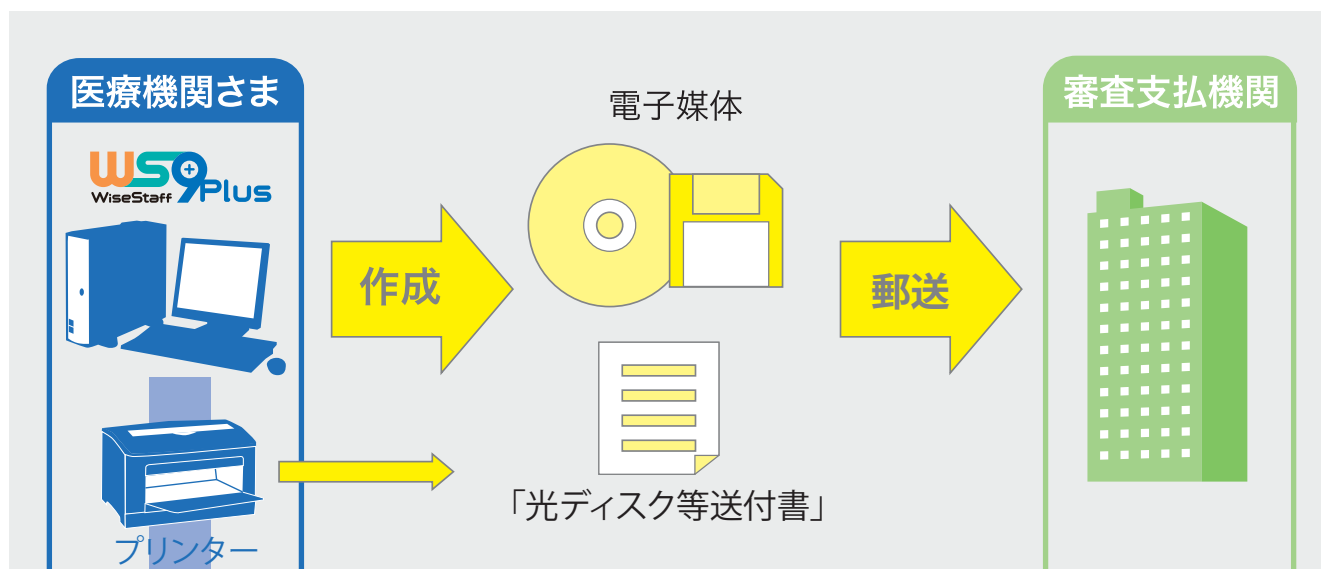
-電子レセプト請求-

電子レセプト請求の方法

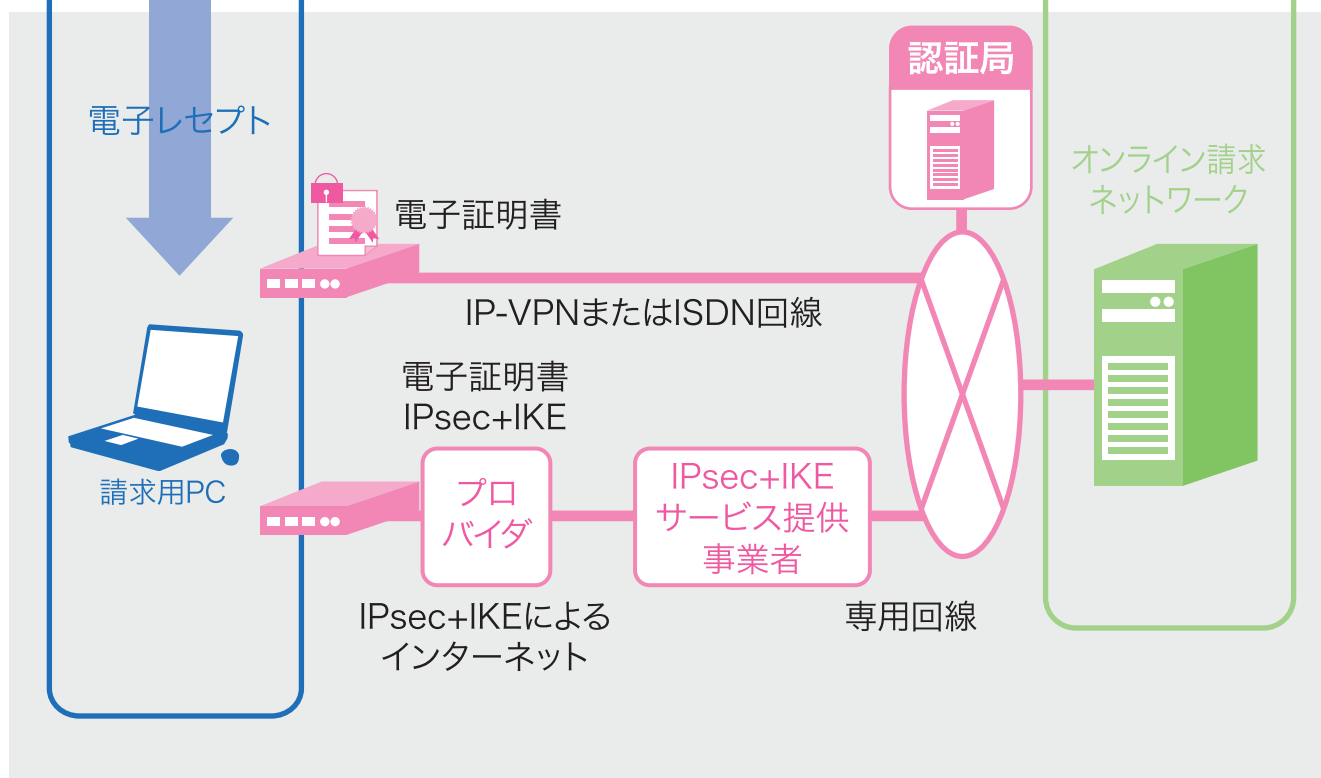
群馬県版

■ 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



群馬県国民健康保険団体連合会 御中

住 所 群馬県前橋市××町1-1
開設者 ノーザビル
氏 名 ノーザー一郎

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 8 日		
媒体種類	F D	M O	<u>CD-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。

ー紙レセプト請求ー

請求書・レセプトの編綴方法

群馬県版

※トレイから総括請求書
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、
台紙でとじるだけ！

すべて枠なし用紙に
印刷します。

↓
オーバーレイ印刷

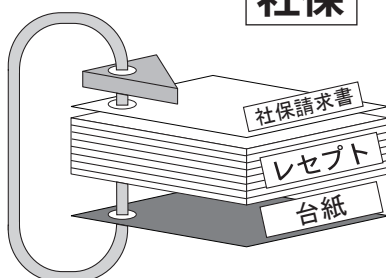
国保



一般	70歳以上 (7割)
一般	70歳以上 (8割)
一般	本人
一般	家族
一般	3歳未満
退職	70歳以上 (7割)
退職	70歳以上 (8割)
退職	本人
退職	家族
退職	3歳未満

後期 (9割)
後期 (7割)

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 4 月分国保診療報酬総括表〔県内・県外〕

表 別	1 医科	県番 医療機関等 コード	医療機関等の 所在地及び名称 電 話 番 号 開 設 者 氏 名	群馬県前橋市〇〇町 1 - 1 - 1 ノーザ歯科医院 ノーザ太郎	7777-77-7777
	③ 歯科				
	4 調剤				
	6 訪問				
	1 0	1 2 3 4 5 6 7			

補記	保 険 者 名	保 険 者 番 号						保 険 種 別			本 家 人 外	割 合	件 数	公費分件数 (再掲)	福祉分件数 (再掲)	点 数
	前橋市	1	0	0	0	1	6	① 一般	4 退職	3 老人	8	8	8			11,111
	前橋市	1	0	0	0	1	6	① 一般	4 退職	3 老人	2	7	55		22	77,777
	前橋市	1	0	0	0	1	6	① 一般	4 退職	3 老人	4	8	3		3	1,111
								1 一般	4 退職	3 老人						
								1 一般	4 退職	3 老人						
5								1 一般	4 退職	3 老人						
								1 一般	4 退職	3 老人						
								1 一般	4 退職	3 老人						
								1 一般	4 退職	3 老人						
								1 一般	4 退職	3 老人						
								1 一般	4 退職	3 老人						
10								1 一般	4 退職	3 老人						
								1 一般	4 退職	3 老人						
								1 一般	4 退職	3 老人						
								1 一般	4 退職	3 老人						
								1 一般	4 退職	3 老人						
15								1 一般	4 退職	3 老人						
								1 一般	4 退職	3 老人						
								1 一般	4 退職	3 老人						
								1 一般	4 退職	3 老人						
								1 一般	4 退職	3 老人						
								1 一般	4 退職	3 老人						
20								1 一般	4 退職	3 老人						
								1 一般	4 退職	3 老人						
								1 一般	4 退職	3 老人						
								1 一般	4 退職	3 老人						
								1 一般	4 退職	3 老人						
25								1 一般	4 退職	3 老人						
入 院 合 計		件						点			入 院 外 合 計		66 件		89,999 点	

- 注1 表別欄は該当箇所を○で囲んでください。
- 2 保険種別欄は該当箇所を○で囲んでください。
なお「3 老人」は平成20年3月診療分以前の老人保健に係わる請求がある場合に○で囲んでください。
- 3 本家人外欄は右表の番号を記載してください。
ただし、保険種別一般7割の場合は入院「1」入院外「2」と記載してください。
- 4 件数欄は各区分の明細書（福祉併用明細書を含む）の件数を記載してください。
- 5 公費分件数欄は公費負担医療費の件数を、福祉分件数欄は福祉医療費の件数を再掲してください。
- 6 合計は最終ページに記入してください。
- 7 訪問は請求金額を点数欄に記入してください。
- 8 在医管または在医総は補記欄に「在」と記載してください。

番号	本 家 人 外 区 分
1	本人入院
2	本人入院外
3	6歳入院
4	6歳入院外
5	家族入院
6	家族入院外
7	高齢受給者・低所得(老人等9割)入院
8	高齢受給者・低所得(老人等9割)入院外
9	高齢受給者7割(老人等7・8割)入院
0	高齢受給者7割(老人等7・8割)入院外

受付印

令和 4 年 5 月 分 診 療 報 酬 請 求 書 (歯 科)

保 険 者

前 橋 市

様

保険医療機関の 群馬県前橋市〇〇町 1 - 1 - 1
所在地及び名称 ノーザ歯科医院
電 話 番 号 7777-77-7777
開 設 者 氏 名 ノーザ太郎

下記のとおり請求する。

令和 4 年 6 月 7 日

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

区 分				療 養 の 給 付					食 事 療 養 ・ 生 活 療 養			
				件数	公費分件数 (再掲)	福祉分件数 (再掲)	日数	点 数	一部負担金	件 数	回 数	金 額
国 民 健 康 保 険 (一 被 被 保 険 者)	七〇歳以上一般・低所得	請求①	入院									
		入院外	7			17	17,777					
	※決定	入院										
		入院外										
	七〇歳以上七割	請求②	入院									
		入院外										
	※決定	入院										
		入院外										
	被保険者七割	請求③	入院									
		入院外	55		22	111	77,777					
	※決定	入院										
		入院外										
被保険者割	請求④	入院										
	入院外											
※決定	入院											
	入院外											
六 歳	請求⑤	入院										
	入院外	3		3	3	1,333						
※決定	入院											
	入院外											

注1 「※決定」欄は記載しないでください。
2 公費分件数欄は公費負担医療費の件数を、福祉分件数欄は福祉医療費の件数を再掲してください。

オーバーレイ印刷年 5 月分 診療報酬請求書 (歯科)

保 険 者

前橋市

様

保険医療機関の 群馬県前橋市〇〇町1-1-1

所在地及び名称

電 話 番 号 ノーザ歯科医院

開 設 者 氏 名 7777-77-7777

ノーザ太郎

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	表別
1 0 0 0 1 6	1 0	1 2 3 4 5 6 7	③

令和 4 年 6 月 7 日

区 分			療 養 の 給 付					食 事 療 養 ・ 生 活 療 養			
			件数	公費分件数 (再掲)	福祉分件数 (再掲)	日数	点 数	一部負担金	件 数	回 数	金 額
国 民 健 康 保 険 (退 職 被 保 険 者)	本人	請求①	入院								
			入院外								
	七割	※決定	入院								
			入院外								
	七〇歳以上九割	請求②	入院								
			入院外								
	七〇歳以上七割	※決定	入院								
			入院外								
	被扶養者七割	請求④	入院								
			入院外	3	1	9	4,444				
	六歳	※決定	入院								
			入院外								
	請求⑤	入院									
		入院外									
	※決定	入院									
		入院外									

注1 「※決定」欄は記載しないでください。

2 公費分件数欄は公費負担医療費の件数を、福祉分件数欄は福祉医療費の件数を再掲してください。

3 区分欄の「七〇歳以上九割」及び「七〇歳以上七割」は平成20年3月診療分以前のレセプトに係わる請求がある場合に記載してください。

退

職

令和 4 年 5 月分後期高齢者医療診療報酬等請求総括表

表別

医科

歯科

調剤

訪問

医療機関等コード

1234567

保険医療機関等の所在地及び名称

群馬県前橋市〇〇町1-1-1

電話番号

開設者氏名

ノーザン歯科医院

7777-77-7777

補記	広域連合所在都道府県名	割合	入院		入院外	
			件数	点数	件数	点数
	群馬県後期高齢者医療広域連合	9			17	27,777
	群馬県後期高齢者医療広域連合	7			1	2,222
5						
10						
15						
20						
	小計				18	29,999
	合計				18	29,999

注1 表別欄は該当箇所を○で囲んでください。
2 割合欄は給付割合を記載してください。
3 総括表が2枚以上にわたる場合は、1枚目の合計欄に総合計を記載してください。
4 訪問看護は請求金額を点数欄に記載してください。
5 公費負担医療等に係る記載は必要ありません。
6 在医総管または在医総は補記欄に「在」と記載してください。



令和 4 年 5 月分 診療報酬請求書 (歯科)

保 険 者

群馬県後期高齢者医療広域連合 様

保険医療機関の 群馬県前橋市〇〇町 1 - 1 - 1
所在地及び名称 ノーザ歯科医院
電 話 番 号 7777-77-7777
開 設 者 氏 名 ノーザ太郎

下記のとおり請求する。

令和 4 年 6 月 7 日

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

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	回 数	金 額	標準負担額
九 後 期 割 高 齢	請求①	入 院								
		入院外	17	33	27,777					
	※決定	入 院								
		入院外								
七 後 期 割 高 齢	請求②	入 院								
		入院外	1	4	2,777					
	※決定	入 院								
		入院外								

公費負担医療 (再掲)

			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
77	請求	入 院								
		入院外	1	1	1,111					
	※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

注1 「※決定」欄は記載しないでください。

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 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

様式第一(三)(第二条関係)

[illegible][illegible]

令和 4 年 5 月分福祉医療費【連記式】請求総括表

表別

県番

医療機関等コード

保険医療機関等の

群馬県前橋市〇〇町1-1-1

所在地及び名称

電話番号

ノーザ歯科医院

開設者氏名

ノーザ太郎

7777-77-7777

保 険 者 番 号		割 合 区 分 等					入・外	件 数	点 数	福 祉 医 療 費 額
5	1 0 0 0 2 4	1 一般	2 70歳 2割	3 70歳 3割	④ 6歳	1 特	1 ② 入 外	1	333	
	1 0 0 0 2 4	① 一般	2 70歳 2割	3 70歳 3割	4 6歳	1 特	1 ③ 入 外	2	1,333	
	1 0 0 0 9 9	1 一般	2 70歳 2割	3 70歳 3割	④ 6歳	1 特	1 ② 入 外	22	22,222	
		1 一般	2 70歳 2割	3 70歳 3割	4 6歳	1 特	1 2 入 外			
		1 一般	2 70歳 2割	3 70歳 3割	4 6歳	1 特	1 2 入 外			
10		1 一般	2 70歳 2割	3 70歳 3割	4 6歳	1 特	1 2 入 外			
		1 一般	2 70歳 2割	3 70歳 3割	4 6歳	1 特	1 2 入 外			
		1 一般	2 70歳 2割	3 70歳 3割	4 6歳	1 特	1 2 入 外			
		1 一般	2 70歳 2割	3 70歳 3割	4 6歳	1 特	1 2 入 外			
		1 一般	2 70歳 2割	3 70歳 3割	4 6歳	1 特	1 2 入 外			
15		1 一般	2 70歳 2割	3 70歳 3割	4 6歳	1 特	1 2 入 外			
		1 一般	2 70歳 2割	3 70歳 3割	4 6歳	1 特	1 2 入 外			
		1 一般	2 70歳 2割	3 70歳 3割	4 6歳	1 特	1 2 入 外			
		1 一般	2 70歳 2割	3 70歳 3割	4 6歳	1 特	1 2 入 外			
		1 一般	2 70歳 2割	3 70歳 3割	4 6歳	1 特	1 2 入 外			
20		1 一般	2 70歳 2割	3 70歳 3割	4 6歳	1 特	1 2 入 外			
		1 一般	2 70歳 2割	3 70歳 3割	4 6歳	1 特	1 2 入 外			
		1 一般	2 70歳 2割	3 70歳 3割	4 6歳	1 特	1 2 入 外			
		1 一般	2 70歳 2割	3 70歳 3割	4 6歳	1 特	1 2 入 外			
		1 一般	2 70歳 2割	3 70歳 3割	4 6歳	1 特	1 2 入 外			

注1 表別欄は右表の番号を記載してください。
2 保険者番号欄は福祉医療費【連記式】請求書の保険者番号を記載してください。
3 割合区分等欄及び入外欄は該当箇所を○で囲んでください。
なお、障害自立支援法等公費負担医療、㊦、高額（高齢受給者を除く。）及び在医管・在医総に係る請求については該当箇所並びに「特」を○で囲んでください。
4 福祉医療費請求額欄は「高齢受給者の入院・特」該当の場合、金額を記載してください。
5 訪問は請求金額を点数欄に記載してください。

表別	1 医 科
	3 歯 科
	4 調 剤
	6 訪 問

令和 4 年 5 月分 福祉医療費【連記式】請求書

市町村名

前橋市

様

保険医療機関等の 群馬県前橋市〇〇町 1 - 1 - 1

所在地及び名称

電話番号

開設者氏名

ノーザ歯科医院

7777-77-7777

ノーザ太郎

下記のとおり請求する。

令和 4 年 6 月 7 日

保 険 者 番 号	県番	医療機関等コード	表 別	特
1 0 0 0 1 6	1 0	1 2 3 4 5 6 7	3	

区 分		療 養 の 給 付			食 事 療 養	
		件数	点 数	福祉医療費請求額	件数	食事療養標準負担額
一 般 ①	入 院					
	入院外	3	1,333			
7 0 歳 以 上	2 割 ②	入 院				
		入院外				
	3 割 ③	入 院				
		入院外				
6 歳 ④	入 院					
	入院外					

見本

- 注 1 保険者番号欄は福祉医療費を請求する市町村の市町村国保の保険者番号を記載してください。
- 2 差別欄は右表の番号を記載してください。
- 3 「特」欄は、障害者自立支援法等公費負担医療、㊦、高額(高齢受給者を除く。)及び及び在医管・在医総に係わる請求について「特」を○で囲み、別綴じにしてください。
- 4 福祉医療費請求額欄は「高齢受給者の入院・特」該当の場合、金額を記載してください。
- 5 訪問は請求金額を点数欄に記載してください。

表 別	1 医 科
	3 歯 科
	4 調 剤
	6 訪 問

連

記

令和 4 年 5 月分 福祉医療費【連記式】明細書（入院外）					割 合 区 分 (三二二般)		
前橋市 市町村長 様					7 0 歳 2 割		
					7 0 歳 3 割		
					6 歳		
保険医療機関等の 群馬県前橋市〇〇町 1 - 1 - 1					特 略 称 等		
所在地及び名称 (電 話 番 号) ノーザ歯科医院 7777-77-7777							
公費負担者番号		受 給 者 氏 名		点 数	福 祉 医 療 費 請 求 額	医 療 保 険 の 保 険 者 番 号	備 考
受給資格者番号		性 別	生 年 月 日				
1	72100027	ワイズ 太郎		222		06100000	
	3079000	① 2 3 ④ 男 女 昭 平	9 . 1 . 1				
2	72100027	ペリオ 花子		1,333		01100000	
	3079001	1 ② 3 ④ 男 女 昭 平	9 . 11 . 11				
3							
		1 2 3 4 男 女 昭 平	. .				
4							
		1 2 3 4 男 女 昭 平	. .				
5							
		1 2 3 4 男 女 昭 平	. .				
6							
		1 2 3 4 男 女 昭 平	. .				
7							
		1 2 3 4 男 女 昭 平	. .				
8							
		1 2 3 4 男 女 昭 平	. .				
9							
		1 2 3 4 男 女 昭 平	. .				
10							
		1 2 3 4 男 女 昭 平	. .				
合 計				1,555			

見本

注 1 割合区分欄は該当する箇所を○で囲み、特 略称等欄は右表の略称等を記載してください。
2 点数欄は、療養の給付に係わる点数を記載してください。
3 福祉医療費請求額欄は、特略称等欄に略称等を記載した場合に福祉医療費請求額を記載してください。
4 医療保険の保険者番号欄は、福祉医療受給者が加入している医療保険の保険者番号を記載してください。
5 備考欄は、税多に該当する場合は税多、月遅れ分は診療年月、旧総合病院の場合は診療科を記載してください
また、在医管・在医総に係わる請求について減額認定証の適用区分欄Ⅱ・Ⅰに該当する者は、「Ⅱ」・「Ⅰ」を記載してください。
6 保険薬局において、同一受給者が複数の医療機関からの処方を受けた場合、それぞれの医療機関名または「複数あり」を備考欄に記載してください。
7 在医管・在医総に係わる請求について、70歳以上の高齢者で、自己負担限度額「一般」適用経過措置対象者の福祉医療費請求額が自己負担限度額となる場合は、備考欄に「経過」と記載してください。
8 自己負担限度額特例対象被扶養者等の請求については、備考欄に「高半」を記載してください。
9 訪問は請求金額を点数欄に記載してください。

特 略称等欄に記載が必要な請求 障害者自立支援法等公費負担医療	略称等 各法番
(長)	0 2
高齢受給者を除く高額 (多数該当、非課税世帯、多数 該当・非課税世帯を含む。)	高
在医管・在医総	在

[illegible]

236040000000123000000004560

06138093123456700045993002011000000306300550000000000000000050311210

2022年10月12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。



埼玉支店

〒330-0855
埼玉県さいたま市大宮区上小町544
TAKEI BLDG 3F
TEL 048 (645) 2821 FAX 048 (645) 2830

<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。

