



-県別用紙印字見本-

埼玉県版



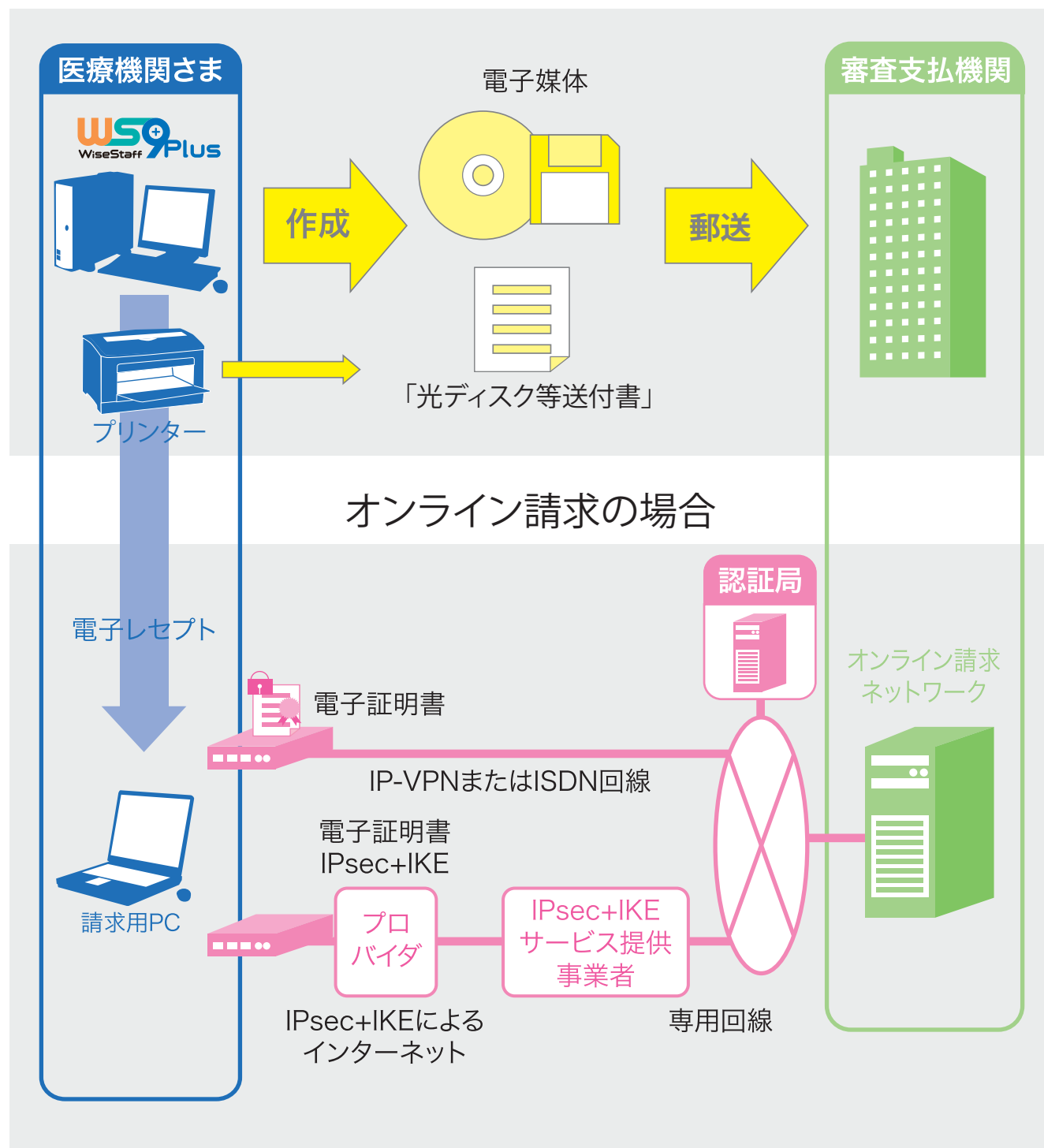
-電子レセプト請求-

電子レセプト請求の方法

埼玉県版

■電子レセプトの流れ

電子媒体請求の場合



埼玉県国民健康保険団体連合会

御中

住 所 埼玉県さいたま市大宮区上小町544
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 ・ <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。

ー紙レセプト請求ー

歯科

保 険 者 名 公 費 名 等	請 求			請 求 額 払 の 金 額
	件 数	日 数	点 数	
後期高齢者医療	2	2	1,256	
退 職 者 医 療				
さいたま市	10	8	7,024	49,168
合 計	12	10	8,280	49,168
保険医療機関の所在地及び名称・電話番号・開設者氏名			医 療 機 関 コ ー ド	平 均 点 数
埼玉県さいたま市大宮区上小町544 TAKE I BLDG3F ノーザ歯科医院 048-645-2821 ノーザ太郎			1 2 3 4 5 6 7	690
			国保計 10件 8日 7,024点 49,168円 公費計 件 日 点 円	

見本

注
1 2 3
合計欄の件数、日数、点数には公費分を含めないで下さい。
入院の請求がある場合は、入院・外来別に記入して下さい。
請求額払の金額欄は、後期高齢者医療、退職者医療以外のものを記入して下さい。

埼玉県国民健康保険団体連合会

国民健康保険及び公費請求額払票

保険医療機関の所在地及び名称・電話番号・開設者氏名

埼玉県さいたま市大宮区上小町544
TAKE I BLDG3F
ノーザ歯科医院
048-645-2821
ノーザ太郎

区 分	月 別	点 表	医 療 機 関 コ ー ド						
請求月・点数表及び 医 療 機 関 コ ー ド	5	3	1	2	3	4	5	6	7
請 求 額 払 の 金 額						千	49,168	円	

下欄は記入不要です。

件

1 書 ・ 2 簡 ・ 3 配 ・ 4 宅

保険者

所 沢 市

殿

保健医療機関の
所在地及び名称
電 話 番 号
開 設 者 氏 名

埼玉県さいたま市大宮区上小町544
TAKE I BLDG3F

ノーザ歯科医院
048-645-2821
ノーザ太郎

下記のとおり請求する。

令和 4 年 7 月 7 日

保険者番号						県番号		医療機関コード						
1	1	0	0	8	0	1	1	1	2	3	4	5	6	7

表別	
歯科	③

国民健康保険

					給 付 割	件 数	診療実日数	点 数	一部負担金	備 考
一 般	七〇歳以上	一般・低	請求	入院外	8	28	68	41,856	円	
			※決定	入院外	8					
		7割	請求	入院外	7	3	4	1,746		
			※決定	入院外	7					
	一般被保険者		請求	入院外	7	106	236	123,483		
			※決定	入院外	7					
		6歳	請求	入院外	8	2	2	1,841		
			※決定	入院外	8					
	退 職 者	本人	請求	入院外	7	3	9	3,672		
			※決定	入院外	7					
		被扶養者	請求	入院外	7	2	3	1,196		
			※決定	入院外	7					
		6歳	請求	入院外	8					
			※決定	入院外	8					

公費負担医療（再掲）

	請求	入院外	4	8	3,879	円	
	※決定	入院外					
	請求	入院外	5	11	6,697		
	※決定	入院外					
	請求	入院外					
	※決定	入院外					
	請求	入院外					
	※決定	入院外					
	請求	入院外					
	※決定	入院外					
	請求	入院外					
	※決定	入院外					

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

注意 ※印の欄は記入しないで下さい。
(24.4 埼玉)

特別療養費	件	日	点
-------	---	---	---

埼玉県さいたま市大宮区上小町544
TAKEI BLDG3F

埼玉県後期高齢者医療広域連合 殿

保健医療機関の
所在地及び名称
電 話 番 号
開 設 者 氏 名

ノーザ歯科医院
048-645-2821
ノーザ太郎

下記のとおり請求する。

令和 4 年 6 月 6 日

後期高齢者医療

広域連合の番号				県番号		医療機関コード						
3	9	1	1	1	1	1	2	3	4	5	6	7

表別	
歯科	③

			療 養 の 給 付				備 考
			件 数	診療実日数	点 数	一部負担金	
九 後 期 割	請 求	入院外	10	8	7,024		
	※ 決 定	入院外					
七 後 期 割	請 求	入院外					
	※ 決 定	入院外					

公費負担医療（再掲）

			療		養 点	の 給 付		備 考	
			件 数	診療実日数		数	一部負担金		
	請 求	入院外			見 本				
	※ 決 定	入院外							
	請 求	入院外							
	※ 決 定	入院外							

備考

特別療養費	件	日	点
-------	---	---	---

※高額療養費	件数	
	金額	円

注意 ※印の欄は記載しないこと。

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 <						

見本

様式第一(三)(第二条関係)

[illegible]

※算定額										
※本人点数										
※家族	点　数									
	金　額									

				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								印象 64x1			
歯 冠				(前 C 金硬 乳 (生単) (失ブ) 金				(窩 洞) + + +				TeC 咬 18x1			
修 成				支台 印象 前小 大				修形 120x1				充形 +			
復 及				金属 乳 銀 前小 大 銀				硬ジ 乳 仮着 装着 45x1 +				材充 I 材充 II			
欠 損				ボシ 前 前 銀前 銀小 銀大				C 小 大 装着 材料 17x1				リテーナー Br 装着			
補 綴				有 1~4歯 床 鑄 双大 双小 腕大 腕小 腕前				線 14 双 鉤 K レスト アリ				不 特 保			
				5~8歯 適 造 14K				双 腕				レステ シ 間接			
				9~11歯 義 12~14歯 義 總義歯				鉤				修 理			
その他															
その他				情共 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 4, 599 点			
								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」または「NHOSA」と入力して検索ください。

