



-県別用紙印字見本-

三重県版

NHOSA  
ナーザ

株式会社 ナーザ



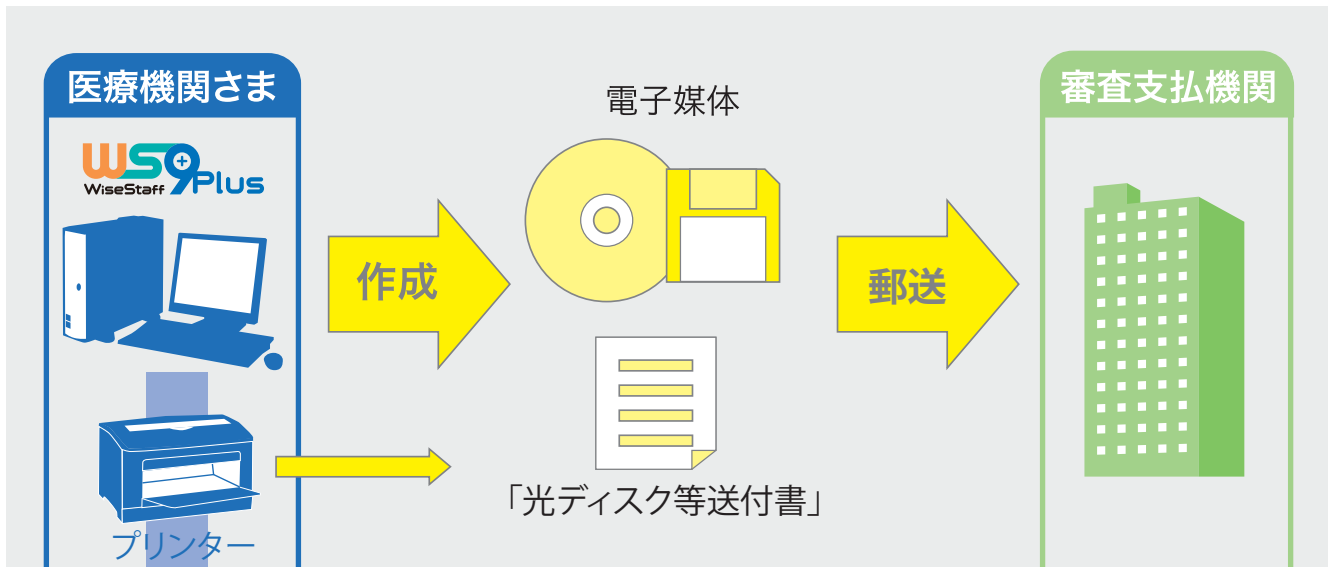
-電子レセプト請求-

# 電子レセプト請求の方法

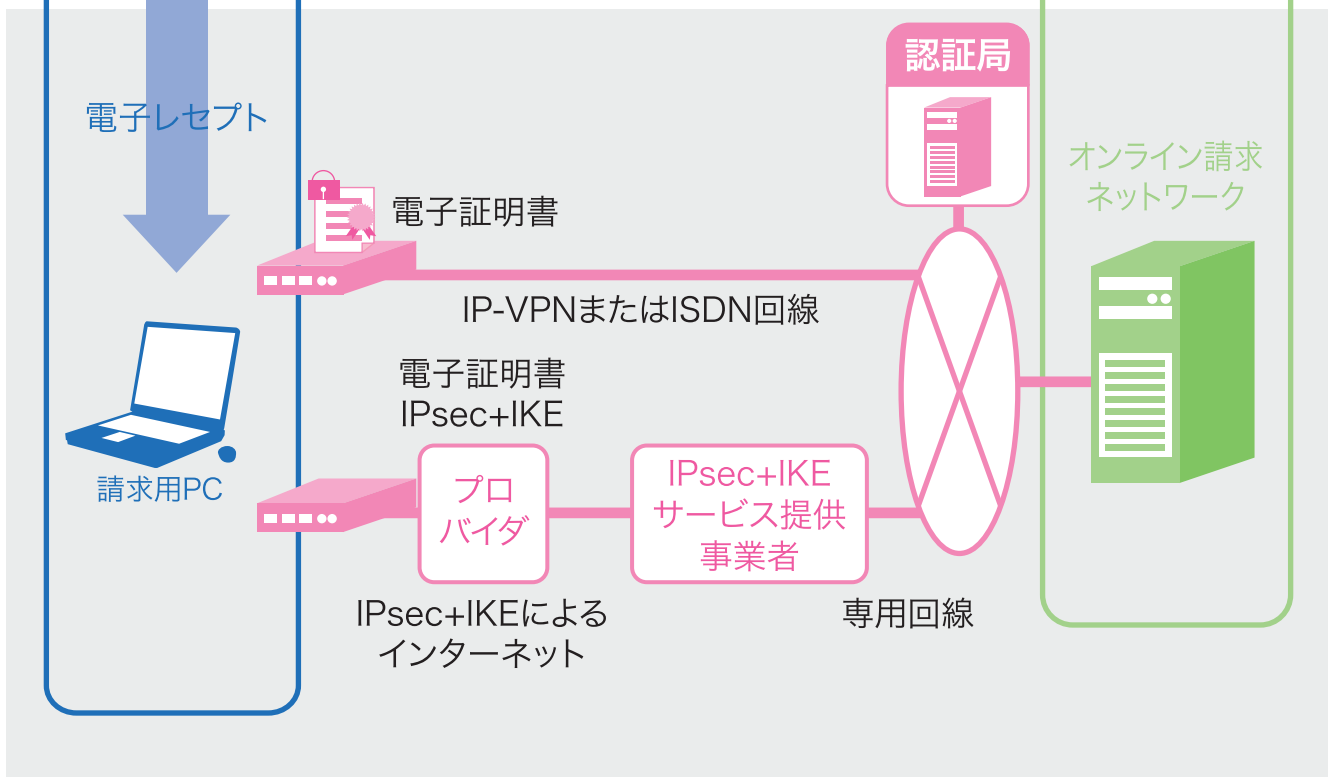
## 三重県版

### ■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 三重支部 御中

住 所 三重県〇〇市××町1-1  
ノーザビル  
開設者  
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 ・ 歯科 ・ 調 剤		
診療（調剤）月分	令和 5 年 1 月診療（調剤）分		
提出年月日	令和 5 年 2 月 8 日		
媒体種類	F D	MO	CD-R
媒体枚数	1 枚		
備 考	医保 入院外 168 件 公費 入院外 12 件		

※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：ノ一ザ 歯科医院  
医院地址：東京都中野区中央 1-21-4  
代表者名称：ノ一ザ 一郎

- 
- [ ノ一ザ 太郎 ] カルテNo： 102 生年月日： T13. 5. 1 91 (男) 後期高齢者 9割 保険診療開始日： H27.10. 2 ]  
[ 主担当医：院長 ]
  
  - [ No. 36105 ] [ 歯科口腔リハビリテーション ] が算定可能です。  
 歯番単位： J 4 5 6 7 L 1 2 6 7  
 [ No. 36440 ] [ 義歯作成から6ヶ月以内の修理です。50/100の修理の点数ではないですか？ ]  
 [ ノ一ザ 花子 ] カルテNo： 106 生年月日： H16.10.21 11 (女) 社保家族 保険診療開始日： H27.10. 2 ]  
 [ 主担当医：院長 ]
  
  - [ No. 24010 ] [ 機械的歯面清掃処置が算定可能です。 ]  
 [ ノ一ザ 次郎 ] カルテNo： 110 生年月日： S20. 7.18 70 (男) 社保本人前高齢 8割 保険診療開始日： H27.11.10 ]  
 [ 主担当医：院長 ]
  
  - [ No. 23520 ] [ 歯周外科処置を算定して、投薬が算定されていません。 ]  
 [ ノ一ザ 博 ] カルテNo： 108 生年月日： S 5.12. 3 85 (男) 後期高齢者 9割 保険診療開始日： H26.11. 1 ]  
 [ 主担当医：院長 ]
  
  - 処置単位： J 6  
 [ No. 20530 ] [ 算定(回数) エラー  
[ 項目番号 = 604 根管貼薬処置 3根 (RCT) 点数 = 46 ]  
[ ノ一ザ 一郎 ] カルテNo： 109 生年月日： S12. 4. 7 79 (男) 後期高齢者 9割 保険診療開始日： H27.10. 2 ]  
[ 主担当医：院長 ]
  
  - [ No. 14429 ] [ 実日数1日で口腔内消炎手術(切開等)と実地指1の算定があります。ご確認下さい。 ]  
 [ ノ一ザ 真悟 ] カルテNo： 105 生年月日： H 7. 1.15 21 (男) 社保家族 保険診療開始日： H27.11. 1 ]  
[ 主担当医：院長 ]
  
  - [ No. 14454 ] [ SRP+PCur(100/100)の点数と歯周外科が混在しています。 ]  
 [ ノ一ザ 一馬 ] カルテNo： 103 生年月日： S40.10.30 50 (男) 国保本人(7割) 保険診療開始日： H27.10.10 ]  
[ 主担当医：院長 ]
  
  - 処置単位： J 7  
 [ No. 20690 ] [ 歯の種類(大小乳前8番)が一致しない処置の算定があります。  
[ 項目番号 = 1202 支台築造【メタルコア】前・小 点数 = 190 ]  
[ No. 36105 ] [ 歯科口腔リハビリテーション ] が算定可能です。  
[ ノ一ザ 昌也 ] カルテNo： 104 生年月日： S23. 3.23 68 (男) 国保本人(7割) 保険診療開始日： H27.10. 2 ]  
[ 主担当医：院長 ]
  
  - 処置単位： J 7  
 [ No. 36660 ] [ 補綴時診断料(床修理・床裏装)ではなく(新製)では？ ]  
[ ノ一ザ 康枝 ] カルテNo： 107 生年月日： S21. 3. 3 70 (女) 国保本人 前高齢 8割 保険診療開始日： H27.11. 5 ]  
[ 主担当医：院長 ]
  
  - 歯番単位： J 1 2 3 4 5 7 F 1 2 3 4 5 6 7  
 [ No. 36360 ] [ 1初診内で、有床義歯と義歯 I m p があり B T がない ]  
 [ ノ一ザ 智夫 ] カルテNo： 112 生年月日： S33. 3.23 58 (男) 社保本人 保険診療開始日： H28. 5. 2 ]  
 [ 主担当医：院長 ]
  
  - [ No. 14567 ] [ SRP・PCurから検査までの期間は2週間以上必要です。ご確認下さい。 ]  
[ 主担当医：院長 ]



-紙レセプト請求-

# 請求書・レセプトの編綴方法

## 三重県版

※トレイから請求書  
カセットからレセプトが  
発行されます。



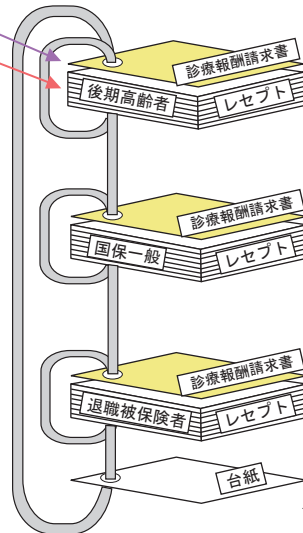
挟み込み印刷  
請求書とレセプトが  
**提出順に印刷されます!**  
あとは印鑑を押して、  
台紙でとじるだけ!

すべて枠なし用紙に  
印刷します。

オーバーレイ印刷

### 国保

#### 国保(県内分)

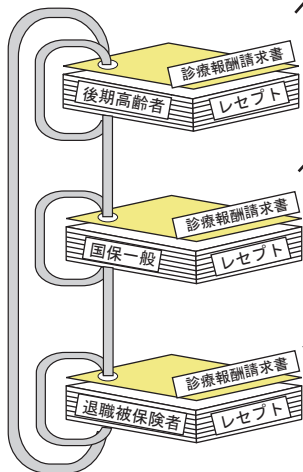


診療報酬請求書  
後期高齢者明細書(レセプト)  
9割  
7割

診療報酬請求書  
国保一般明細書(レセプト)  
70歳以上9割  
70歳以上7割  
一般被保険者  
6歳未満

診療報酬請求書  
退職被保険者明細書(レセプト)  
本人  
70歳以上9割  
70歳以上7割  
扶養者  
6歳未満  
台紙

#### 国保(県外分)



診療報酬請求書  
後期高齢者明細書(レセプト)  
※都道府県番号順で県ごとに綴る  
9割  
7割

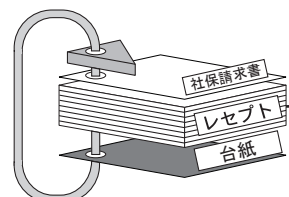
診療報酬請求書  
国保一般明細書(レセプト)  
70歳以上9割  
70歳以上7割  
一般被保険者  
6歳未満

診療報酬請求書  
退職被保険者明細書(レセプト)  
本人  
70歳以上9割  
70歳以上7割  
扶養者  
6歳未満

※旧老人保健分は9割を上とその下に  
7割をまとめたうえで綴る。

※保険者ごとに綴る

### 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)



保 険 者  
(別 記) 殿  
下記のとおり請求する。

保険医療機関の 三重県津市広明町 XX-XXX  
所在地及び名称 ノーザ歯科医院  
開設者氏名 ノーザ太郎  
電話番号 222-222-222

令和 5 年 2 月 8 日

保 険 者 番 号					県番号	表別	医 療 機 関 コ ー ド							科目
					24	3	1 2 3 4 5 6 7							

国民健康保険・退職者医療・老人保健

	01 旬保	67 退職	27 老人	※ 919 ※ 912 ※ 910	療 養 の 給 付				食 事 療 養 ・ 生 活 療 養				
					件 数	診 療 実 日 数	点 数	一部負担額	件数	回数	金額	標準負担額	
1	七〇歳以上 一般・低所得	退(本人) 職	老人九割	請求	入院				円			円	円
				入院外	28	41	28,340						
				※決定	入院								
				入院外									
2	七〇歳以上 七割	七〇歳以上 九割	老人七割	請求	入院								
				入院外	3	4	2,554						
				※決定	入院								
				入院外									
3	一般被保険者	七〇歳以上 七割		請求	入院								
				入院外	73	119	97,245						
				※決定	入院								
				入院外									
4	一(六) 般(歳)	退(被扶養者) 職		請求	入院								
				入院外	3	4	3,015						
				※決定	入院								
				入院外									
5		退(六) 職(歳)		請求	入院								
				入院外									
				※決定	入院								
				入院外									
合 計		919 912 910		請求	入院								
				入院外	107	168	131,154						
				※決定	入院								
				入院外									

見本

公費併用件数 (レセプト枚数)	1 件	(原) 件数	件
--------------------	-----	--------	---

以下は記入を要しません

*高額療養費	件	金額	円
--------	---	----	---

返戻	療養の給付			食事療養・生活療養				増減点	
	件数	日数	点数	件数	回数	金額	標準負担額	減点	増点
入院	1								
	2								
	3								
	4								
	5								
入院外	1								
	2								
	3								
	4								
	5								

公費(1)件数		(2)件数	
公費対象点数(1)			
公費対象点数(2)			
患者負担額			
異給付割合件数			
特記項目件数			
全国国保組件数			
備考1			
備考2			

保険医療機関の 三重県津市広明町 XXX-XXX  
 所在地及び名称 ノーザ歯科医院  
 開設者氏名 ノーザ太郎  
 電話番号 222-222-2222

各広域連合 殿

下記のとおり請求する。

令和 5 年 2 月 8 日

後期高齢者医療都道府県番号

3	9		
---	---	--	--

県番号	表別	医療機関コード	科目
24	3	1 2 3 4 5 6 7	

		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
1	一般・低所得	請求	入院						
		入院外	1	1	280				
	※決定	入院							
		入院外							
2	後期七割	請求	入院						
		入院外	1	1	572				
	※決定	入院							
		入院外							
合 計	請求	入院							
		入院外	2	2	852				
	※決定	入院							
		入院外							

見本

公費負担医療

		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 (公費分)
	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							
	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	
----	--

*高額療養費	件数	件
	金額	円

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

ノーザビル

ノーザ歯科医院

開設者氏名 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	28,000
63・72~75 (退)					
小計	12	29	85,298	28,000	
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	44,400
63・72~75 (退)					
小計	6	14	38,626	44,400	
医保本人と公費の併用					
医 保 単 独 (本人)	01 (協会)	43	61	65,597	35,400
	02(船)	職務上			
		職務外			
	03 (日)	1	2	2,491	
	04 (日特)				
	31~34(共)	下船3月			
		一般	11	14	7,793
	06 (組)	16	22	60,515	150,148
	07 (自)				
	63・72~75 (退)				
小計	71	99	136,396	185,548	
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	117,926
	63・72~75 (退)	1	1	511	
	小計	48	62	145,508	117,926
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





公負①		公受①	
-----	--	-----	--

保 険	3	9	1	4	1	0	4	9
記号・番号	0 1 2 3 4 5 6 7							

氏 名  
 ワイズ 六助  
 2 男 3 昭 3. 3. 3 生

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

◆◆◆摘要◆◆◆

居宅：脳梗塞後遺症による片麻痺、パーキンソン病、認知症

- 訪問「 5月 6日 12:30～13:50」
- 指導「 5月 6日 13:50～14:30」
- 訪問「 5月12日 12:30～13:45」
- 指導「 5月12日 13:45～14:10」
- 訪問「 5月19日 12:30～13:30」
- 指導「 5月19日 13:30～13:50」
- 訪問「 5月26日 12:30～13:15」
- 指導「 5月26日 13:15～13:40」



医療機関等番号									
県番号		区分	地区コード		連番				C D
2	4	3	1	2	3	4	5	6	7

## 領収証明書送付書

令和 5 年 2 月 8 日

津市 長様

所在地 〒 514-8570  
 名称 三重県津市広明町  
 ××-×××  
 医療機関等 開設者氏名 ノーザ歯科医院  
 ノーザ太郎  
 電話 222-222-2222



福祉医療費助成制度の対象となる者の領収証明書を下記のとおり送付いたします。

送付先市町		津市	
市町コード		001	
送付月		令和 5 年 1 月	
証明書件数		38	件
内 訳	障がい者	2	件
	一人親家庭等	13	件
	子ども	22	件
	※1 その他1		件
	※2 その他2	1	件
郵送料		円	

※1 その他1 (伊勢市-寡婦、紀宝町-老人)

※2 その他2 (津市-妊産婦・精神障害者、御浜町-寡婦、紀宝町-寡婦)

## 福祉医療費領収証明書

津市(町)長様

(福祉医療費助成申請書)  
 (申請者記入欄) 下記の医療費にかかる福祉医療費の交付を申請します。  
 令和 年 月 日

- ① 障がい者
- 2 一人親家庭等
- 3 子ども
- 4 その他1 (伊勢市一寡婦、紀宝町一老人)
- 5 その他2 (津市一妊産婦・精神障害者  
御浜町一寡婦、紀宝町一寡婦)

住所 〒  
氏名

市町コード

0 0 1

※該当する番号を○で囲んでください。

受給資格証番号	氏名	性別	生年月日
8012345	ノーザ 花子	1男・ <input checked="" type="radio"/> 女	1明・2大・ <input checked="" type="radio"/> 昭・4平・5令 50年1月1日

### 医療費証明書 (第三者行為及び後期高齢者医療該当者を除く)

診療月	令和5年1月	令和 年 月	令和 年 月	令和 年 月
一部負担割合	1割・2割・ <input checked="" type="radio"/> 割	1割・2割・3割	1割・2割・3割	1割・2割・3割
入院・外来区分	入院・ <del>外来</del>	入院・外来	入院・外来	入院・外来
入院診療実日数	日	日	日	日
保険請求点数(額)	(円) 924点	(円) 点	(円) 点	(円) 点
※1 一部負担額	円	円	円	円
公費・ <input checked="" type="radio"/> 長区分				
公費請求点数	点	点	点	点
公費・ <input checked="" type="radio"/> 一部負担額	円	円	円	円
食事療養	保険請求分	円	円	円
	標準負担額	円	円	円
	公費請求分	円	円	円
	公費標準負担分	円	円	円
処方せん発行区分	有・無	有・無	有・無	有・無
※2 処方せん発行医療機関番号				
※3 処方せん発行医療機関等名称				
証明書料	円			

見本

上記のとおり診療を行い、所定の一部負担金を領収したことを証明します。

医療機関コード 1 2 3 0 1 2 3 4 5 6

令和 5 年 2 月 8 日

所在地 〒514-8570  
 名称 三重県津市広明町 X-X-X  
 医療機関等  
 開設者 ノーザ歯科医院  
 氏名 ノーザ太郎  
 電話番号 222-222-2222

※1 一部負担額欄は、高額療養費が現物給付された場合にのみレセプトの一部負担金額を記入してください。  
 ※2 処方せん発行医療機関番号は、保険薬局にて記入してください。  
 ※3 処方せん発行医療機関等名称は、保険薬局にて記入してください。





# NOTE



2023年2月2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。

**NHOSA** 株式会社 **ノーザ**  
ノーザ

## 名古屋支店

〒460-0022

愛知県名古屋市中区金山1-2-2

熊田第2ビル6F

TEL 052(332)0327 FAX 052(332)1028

<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。



LOVE CARE