



-県別用紙印字見本-

山口県版



株式会社 ノーザ

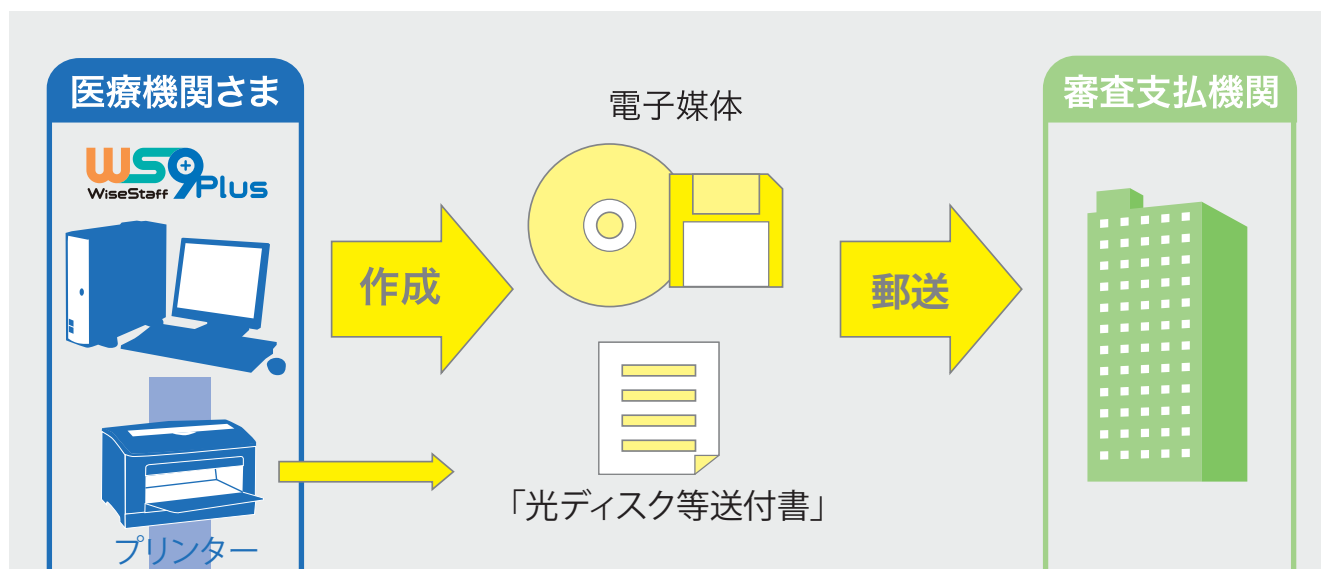
-電子レセプト請求-

電子レセプト請求の方法

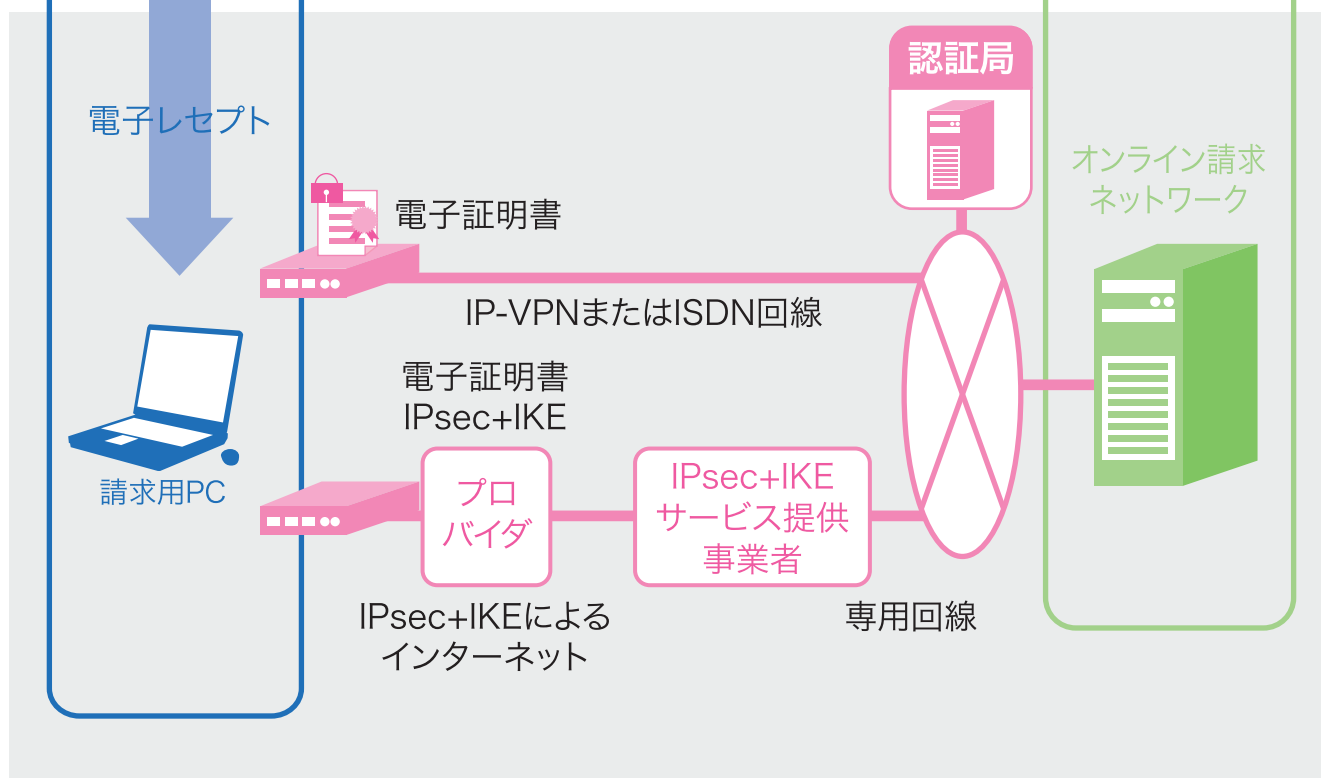
山口県版

■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



山口県国民健康保険団体連合会 御中

住 所 山口県〇〇市××町1-1
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 5 年 4 月 診療（調剤）分		
提出年月日	令和 5 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

令和 5 年 5 月分国民健康保険診療報酬等請求総括表

医療機関等コード	1 2 , 3 4 5 6 , 7
----------	-------------------

医科
歯科
訪問看護 ステーション

保険 医療 機関 等	所在地	山口県〇〇市××町1-1 ノーザビル
	名 称	ノーザ歯科医院
	開設者	ノーザ一郎

※1 診療科コード	
※2 診療科名	

		件 数	※3 点 数
国民健康保険	入 院	見 本	
	入院外		49,467
後期高齢者医療	入 院		
	入院外	5	3,345
合 計		81	52,812

※1、※2 旧総合病院及び複数の専門医師による複数を標榜する医療機関のみ使用すること
※3 訪問看護ステーションについては、入院外欄を使用することとし、点数は金額に読み替えること
※4 月遅れの老人保健分については、後期高齢者医療欄に合算すること

保険者 岩 国 市 殿

保険医療機関の
所在地、名称及び
電話番号

広島県広島市中区舟入町6-2
広島野原ビル8F
ノーザ歯科医院
082-293-7618
ノーザ太郎

開設者氏名

下記のとおり請求する。

令和 5 年 5 月 8 日

保 険 者 番 号						県 番 号		医 療 機 関 コ ー ド							診療科コード	診療科名
3	4	0	0	8	2	3	5	1	2	3	4	5	6	7		

国民健康保険

※旧総合病院等使用欄

		療養の給付				食事療養・生活療養				備 考
		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	
一般（七〇歳以上） 一般・低所得	請求	入 院				円			円	円
		入院外								
	※決定	入 院								
		入院外								
一般（七〇歳以上七割）	請求	入 院								
		入院外								
	※決定	入 院								
		入院外								
一般被保険者	請求	入 院								
		入院外	11	33	22,222					
	※決定	入 院								
		入院外								
一般（六歳）	請求	入 院								
		入院外								
	※決定	入 院								
		入院外								
退職（本人）	請求	入 院								
		入院外								
	※決定	入 院								
		入院外								
退職（被扶養者）	請求	入 院								
		入院外								
	※決定	入 院								
		入院外								
退職（六歳）	請求	入 院								
		入院外								
	※決定	入 院								
		入院外								

注意 1. この用紙は、A列4番とすること。
2. 印の欄は、記入しないこと。

令和 5 年 4 月分

（ 山 口 県 ） 広域連合 殿

保険医療機関の
所在地、名称及び
電話番号

広島県広島市中区舟入町6-2
広島野原ビル8F

開設者氏名

ノーザ歯科医院
082-293-7618
ノーザ太郎

下記のとおり請求する。

令和 5 年 5 月 8 日

保 険 者 番 号							県 番 号		医 療 機 関 コ ー ド							診療科コード	診療科名
3	9	3	5				3	5	1 2 3 4 5 6 7								

後期高齢者医療

※旧総合病院等使用欄

		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
一般・低所得	請求	入 院			円			円	円
		入院外							
	※決定	入 院							
		入院外							
後期高齢 七割	請求	入 院							
		入院外	1	1	1,003				
	※決定	入 院							
		入院外							

公費負担医療

	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							

見本

備 考

注意 1. この用紙は、A列4番とすること。
2. 印の欄は、記入しないこと。

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 5 年 5 月 2日

03-5348-1881

様式第一(三)

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	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			
		06 (組)	16	22	60,515	150,148
		07 (自)				
		63・72~75 (退)				
		小 計	71	99	136,396	185,548
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	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

区 分			件 数	診療実日数	点 数	一部負担金 (控除額)
公 費 負 担	公費と 医保の 併用	12 (生保)				
		10 (感染症 37の2)				
	②計					
	公費 単 独	12 (生保)	9		7,570	
		11 (結核入院)				
		20 (精神 29)				
③計		9		7,570		
総件数①＋②＋③		152	件	請求金額	円	
明細書枚数①＋③		152	枚			

備 考

見本

[illegible]

23477000000012300000004560

0613809312345670005205100622000000020605042000000000000000050311619

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 (枝番)							

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
ノーザー一郎 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

- 訪問実施時刻「 R 5. 4. 6 12:30～13:10」
- 指導実施時刻「 R 5. 4. 6 13:10～13:40」
- 訪問実施時刻「 R 5. 4. 12 12:30～13:00」
- 指導実施時刻「 R 5. 4. 12 13:00～13:30」
- 訪問実施時刻「 R 5. 4. 19 12:30～13:10」
- 指導実施時刻「 R 5. 4. 19 13:10～13:50」
- 訪問実施時刻「 R 5. 4. 26 12:30～13:15」
- 指導実施時刻「 R 5. 4. 26 13:15～13:40」

訪衛指 単一建物診療患者数 (5) 人



一般後期
区分

1 (一般…1
後期…2)

県番号

3 5 1 2 3 4 5 6 7

医療機関コード

保険
医療
機関

所在地
名称
開設者氏名

広島県広島市中区舟入町6-2
広島野原ビル8F
ノーザ歯科医院
ノーザ太郎

DC C 福祉医療費負担者番号 件数
1 9 8 1 3 5 0 0 1 9 8 8 8 1

備考

福祉医療費請求点数(金額) 結核点数
8 8 8 8 8 4 3 2 8 8 8 8 8 8 8

福祉医療費請求額 一部負担金
8 8 8 8 8 4 3 2 8 8 8 8 6 8 0 8 8 8 8 8 8 8 8

DC C 福祉医療費負担者番号 件数
2 9 8 1 3 5 0 0 3 9 8 8 8 1

備考

福祉医療費請求点数(金額) 結核点数
8 8 8 8 8 8 5 1 8 8 8 8 8 8 8

福祉医療費請求額 一部負担金
8 8 8 8 2 5 5 3 8 8 8 8 0 8 8 8 8 8 8 8 8

DC C 福祉医療費負担者番号 件数
3 9 8 1 3 5 0 0 9 2 8 8 8 1

備考

福祉医療費請求点数(金額) 結核点数
8 8 8 8 8 4 8 0 8 8 8 8 8 8 8

福祉医療費請求額 一部負担金
8 8 8 8 8 4 8 0 8 8 8 8 9 6 0 8 8 8 8 8 8 8 8

DC C 福祉医療費負担者番号 件数
4 9 8 1 3 5 8 8 8 8 8 8 8 8

備考

福祉医療費請求点数(金額) 結核点数
8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8

福祉医療費請求額 一部負担金
8 8

DC C 福祉医療費負担者番号 件数
5 9 8 1 3 5 8 8 8 8 8 8 8 8

備考

福祉医療費請求点数(金額) 結核点数
8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8

福祉医療費請求額 一部負担金
8 8

(数字記入例) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

注意事項

用紙の記入は黒のボールペンで記入して下さい
用紙は折り曲げたり、汚したりしないで下さい

福祉医療費請求書

(重度心身障害、乳幼児及び母子家庭医療費)

2327

山口県 岩国 市町村長 殿

福祉医療費負担者番号

8 1 3 5 0 0 8 4

5 年 5 月 8 日

保 険 医 療 機 関	コード	1 2 3 4 5 6 7
	所在地	広島県広島市中区舟入町6-2
	名称	広島野原ビル8F ノーザ歯科医院
	開設者氏名	ノーザ太郎

DC	C	診療年月 (年) (月)	入・外	福祉医療費受給者証 (記号)	記号・番号 (番号)	性別 (男-1 女-2)	氏名
1		3 0 0 5	4	7 2	1 2 3 4 5		ノ ー ザ 花 子
生年月日 (年号) (年) (月) (日)			保険者番号	退職1・2任継1	給付割合	特殊	入院年月日 (年号) (年) (月) (日)
4 1 9 0 3 0 3			0 1 3 5 0 0 1 6		8		
診療科目	日数	福祉医療費請求点数	結・精点数	決定点数			
	1	5 0 8					
食事日数	食事療養総費用額	食事療養標準負担額	福祉医療費費食事助成額				備 考
	薬剤一部負担額	結精薬剤負担額					
	1 0 1 6	0					

DC	C	診療年月 (年) (月)	入・外	福祉医療費受給者証 (記号)	記号・番号 (番号)	性別 (男-1 女-2)	氏名
生年月日 (年号) (年) (月) (日)			保険者番号	退職1・2任継1	給付割合	特殊	入院年月日 (年号) (年) (月) (日)
診療科目	日数	福祉医療費請求点数	結・精点数	決定点数			
食事日数	食事療養総費用額	食事療養標準負担額	福祉医療費費食事助成額				備 考
	薬剤一部負担額	結精薬剤負担額					

DC	C	診療年月 (年) (月)	入・外	福祉医療費受給者証 (記号)	記号・番号 (番号)	性別 (男-1 女-2)	氏名
生年月日 (年号) (年) (月) (日)			保険者番号	退職1・2任継1	給付割合	特殊	入院年月日 (年号) (年) (月) (日)
診療科目	日数	福祉医療費請求点数	結・精点数	決定点数			
食事日数	食事療養総費用額	食事療養標準負担額	福祉医療費費食事助成額				備 考
	薬剤一部負担額	結精薬剤負担額					

見
本

(手書数字記入例) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

注 意 事 項
用紙の記入は黒のボールペンで記入して下さい
用紙は折り曲げたり、汚したりしないで下さい

【コード】
[入・外] 入院 … 1
外来 … 2
入院 (3歳未満) … 3
外来 (3歳未満) … 4
[性別] 男 … 1
女 … 2
[年号] 昭和 … 3
平成 … 4
[退職] 本人 (入院) … 1
被扶養者 (入院) … 2
政管健保任意継続 … 1
長 … 5
[給付] 8割 … 8
9割 … 9
10割 … 0

NOTE

NOTE

2023年4月10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。



広島支店

〒730-0841
広島県広島市中区舟入町6-2
小島舟入 8 F
TEL 082 (293) 7618 FAX 082 (293) 7622

<http://www.nhosa.com>

ノーザ |  検索

「ノーザ」または「NHOSA」と入力して検索ください。

