



-県別用紙印字見本-

東京都版



株式会社 ノーザ

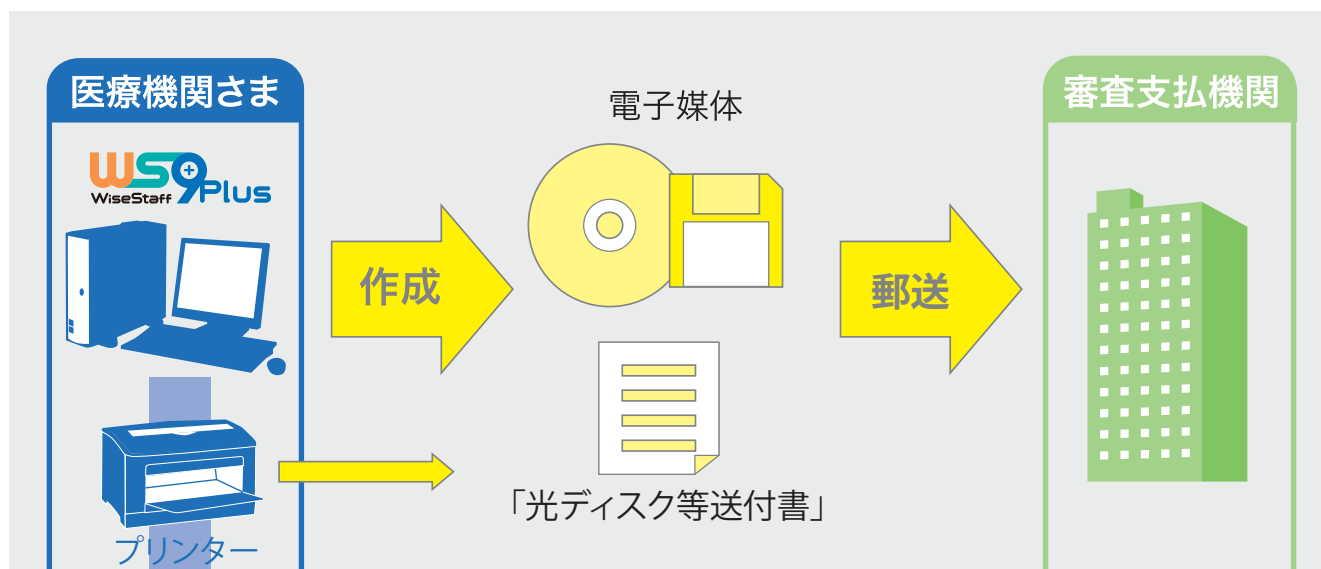
-電子レセプト請求-

電子レセプト請求の方法

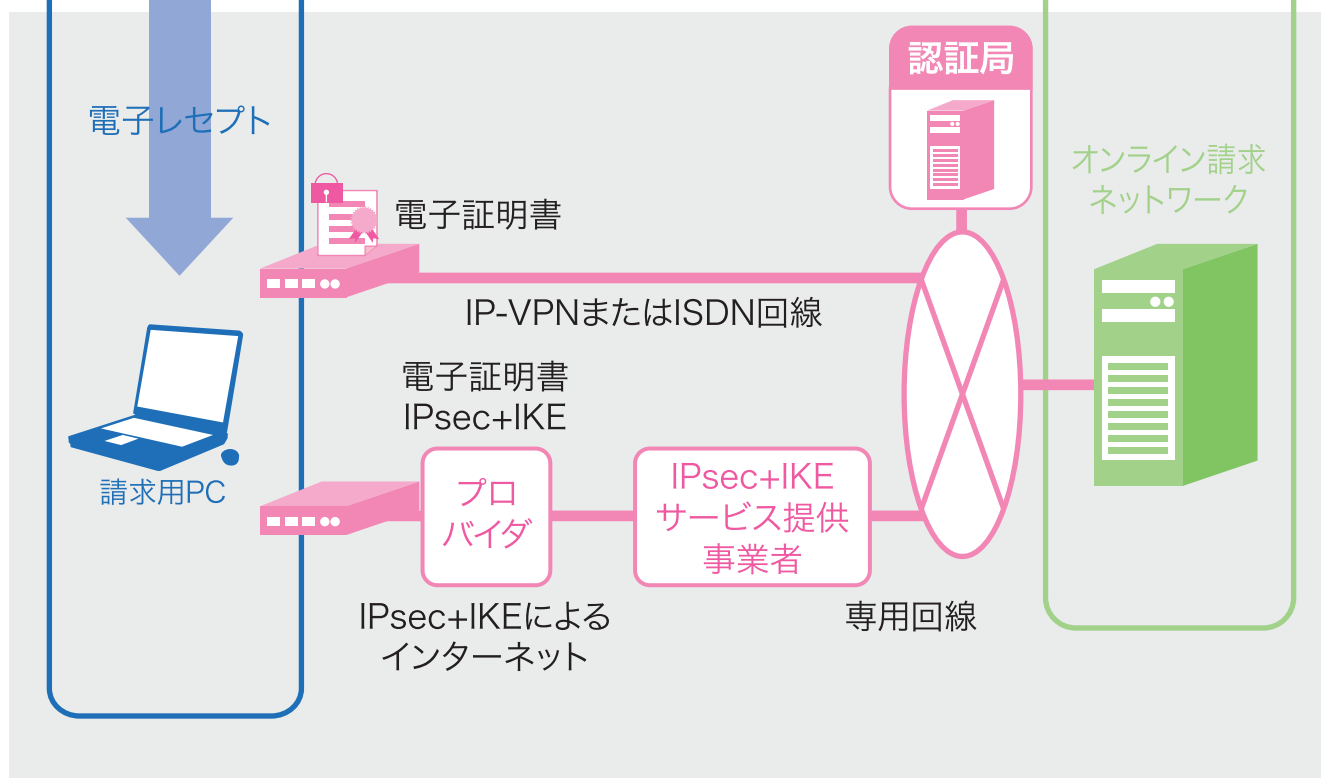
東京都版

■ 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東京支部 御中

住 所 東京都中野区1-21-4
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

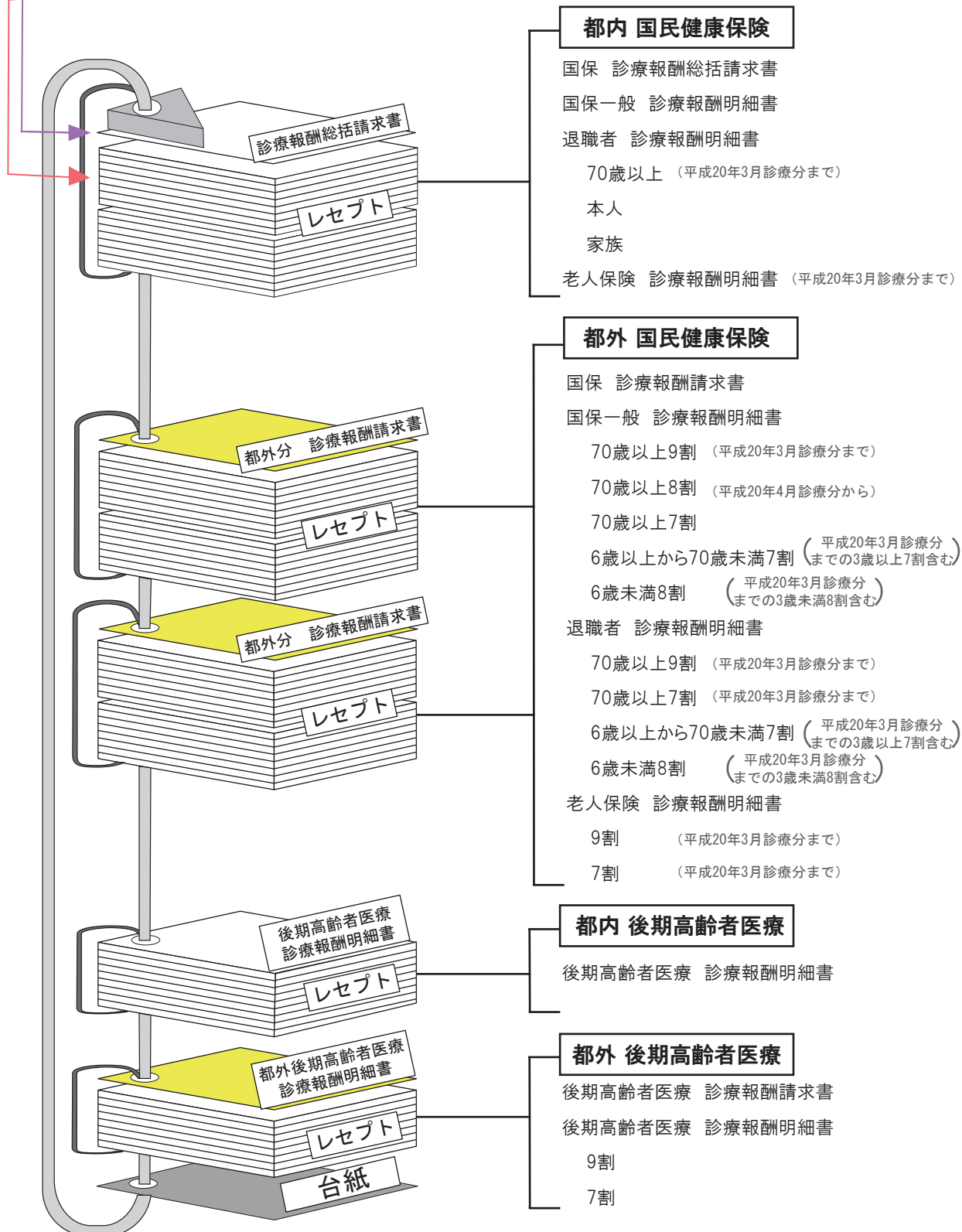
請求書・レセプトの編綴方法

東京都版

※ トレイから総括表、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
あとは印鑑をおして、
台紙で綴じるだけ!



令和 5 年 5 月分 診療報酬総括請求書

都道府県番号	医療機関コード
1 3	1 2 , 3 4 5 6 , 7

〒 1 6 4 - 0 0 1 1

保険医療機関所在地

東京都中野区中央 1 - 2 1 - 4
ノーザビル

名 称 (電 話)

ノーザ歯科医院
03-5348-1881

開 設 者 氏 名

ノーザ一郎

指導整備委員会印	連合会受付印	審査委員会印

国 保 分	区 分		療養の給付			食事・生活療養	
			件 数	点 数	公費併 用件数	件 数	金 額
	都 内 分	国 保	76	49,467	8		
		退 職 者	5	3,345			
		老 健 ※					
		計	81	52,812			
	都 外 分	国 保	1	1,003			
		退 職 者					
		老 健 ※					
		計	1	1,003			

※平成20年3月診療分にて廃止となりました。月遅れ請求等がある場合について記入をお願いします。

後 期 高 齢 者	区 分		療養の給付			食事・生活療養	
			件 数	点 数	公費併 用件数	件 数	金 額
	都内分		21	17,541			
	都外分		2	1,199			

電子媒体	FD	MO	CD-R	1 枚
------	----	----	------	-----

紙 媒 体

※該当に○をして下さい。なお、電子媒体(FD、MO、CD-R)の場合は、媒体枚数の記入をお願いします。
※同月内に電子媒体と紙媒体(再請求分等)をご請求の場合は、媒体ごとに総括請求書の提出が必要となります。

国保 令和 5 年 4 月分診療報酬請求書（歯 科・入 院 外）

都道府 1 3 医療機関
県番号 コード 1 2 3 4 5 6 7
東京都中野区中央 1-21-4

保 険 者 0 1 0 0 1 7 殿
(別 記)

保険医療機関の所在地
及び名称 ノーザビル
電話番号 ノーザ歯科医院
開 設 者 氏 名 03-5348-1881
ノーザ一郎

令和 5 年 5 月 8 日

〔国民健康保険〕

区 分				件 数	診 療 実 日 数	点 数	一 部 負 担 金
一 般 被 保 険 者	七〇歳以上	8 割	請求	82			
			※決定				
	7 割	請求	72	1	2	16,467	44,400
			※決定				
	一般被保険者	割	請求	4			
			※決定				
	7 割	請求	2	3	3	63,669	151,265
			※決定				
	6 歳未満	請求	32				
			※決定				
退 職 者	七〇歳以上	9 割	請求	96			
			※決定				
	7 割	請求	70				
			※決定				
	本人	請求	76	1		113	
			※決定				
	被扶養者	請求	8				
			※決定				
	6 歳未満	請求	38				
			※決定				

〔老人保健：平成20年3月診療分まで〕

区 分			件 数	診 療 実 日 数	点 数	一 部 負 担 金
老人 9 割	請求	29				
	※決定					
老人 7 割	請求	27				
	※決定					

〔公費負担医療〕

区 分			件 数	診 療 実 日 数	点 数	一 部 負 担 金
1 5	請求		1	1	735	
	※決定					
	請求					
	※決定					

※ 高 額 療 養 費	一 般 被 保 険 者	件数		退 職 者	件数	
		金額	円		金額	円

※欄は記入しないで下さい。

国 保 令和 5 年 4 月分診療報酬請求書（ 歯 科 ・ 入 院 外 ）

後期高齢者医療広域連合（ 別 記 ）
下記のとおりに請求する。

保険医療機関の所在地 東京都中野区中央 1-21-4
ノーザビル
及び名称 ノーザ歯科医院
電話番号 03-5348-1881
開設者氏名 ノーザ一郎

令和 5 年 5 月 8 日

〔後期高齢者医療〕

広域連合番号								都道府 県番号	医 療 機 関 コ ー ド							表 別		
3	9	1	4	0	0	0	9	1	3	1	2	3	4	5	6	7	歯 科	3

区 分			件 数	診療実日数	点 数	一部負担金
一般 低所得者	請求	29	1	1	389	
	※決定					
7 割	請求	27				
	※決定					

見本

〔公費負担医療〕

区 分			件 数	診療実日数	点 数	一部負担金
	請求					
	※決定					

※高額療養費	件数	
	金額	円

※欄は記入しないで下さい。

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

03-5348-1881

下記のとおり請求します。 令和 5 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		
		03 (日)			
		04 (日特)			
		31~34(共)	下船3月		
		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		
		31~34(共)	下船3月		
		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
		03 (日)	1	2	2,491
		04 (日特)			
		31~34(共)	下船3月		
		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)

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]

234770000000123000000004560

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



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。



東京支店

〒164-0011

東京都中野区中央1-21-4

ノーザビル2F

TEL 03 (5348) 3381 FAX 03 (5348) 3385

<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。

