



-県別用紙印字見本-

群馬県版



株式会社 ノーザ

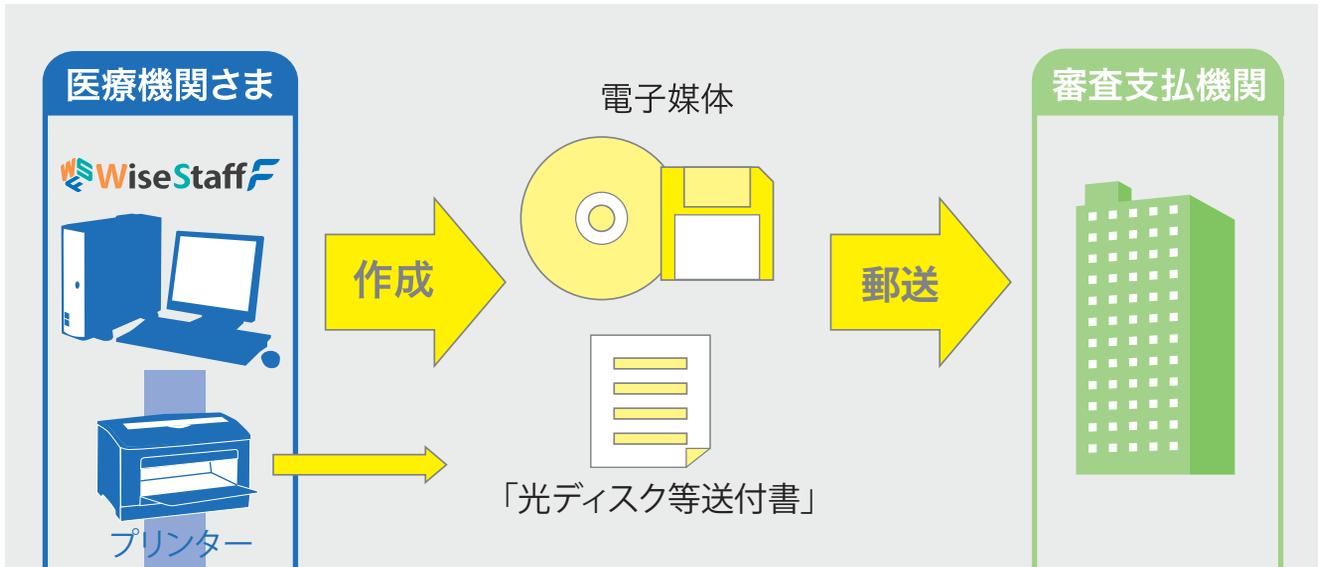
-電子レセプト請求-

電子レセプト請求の方法

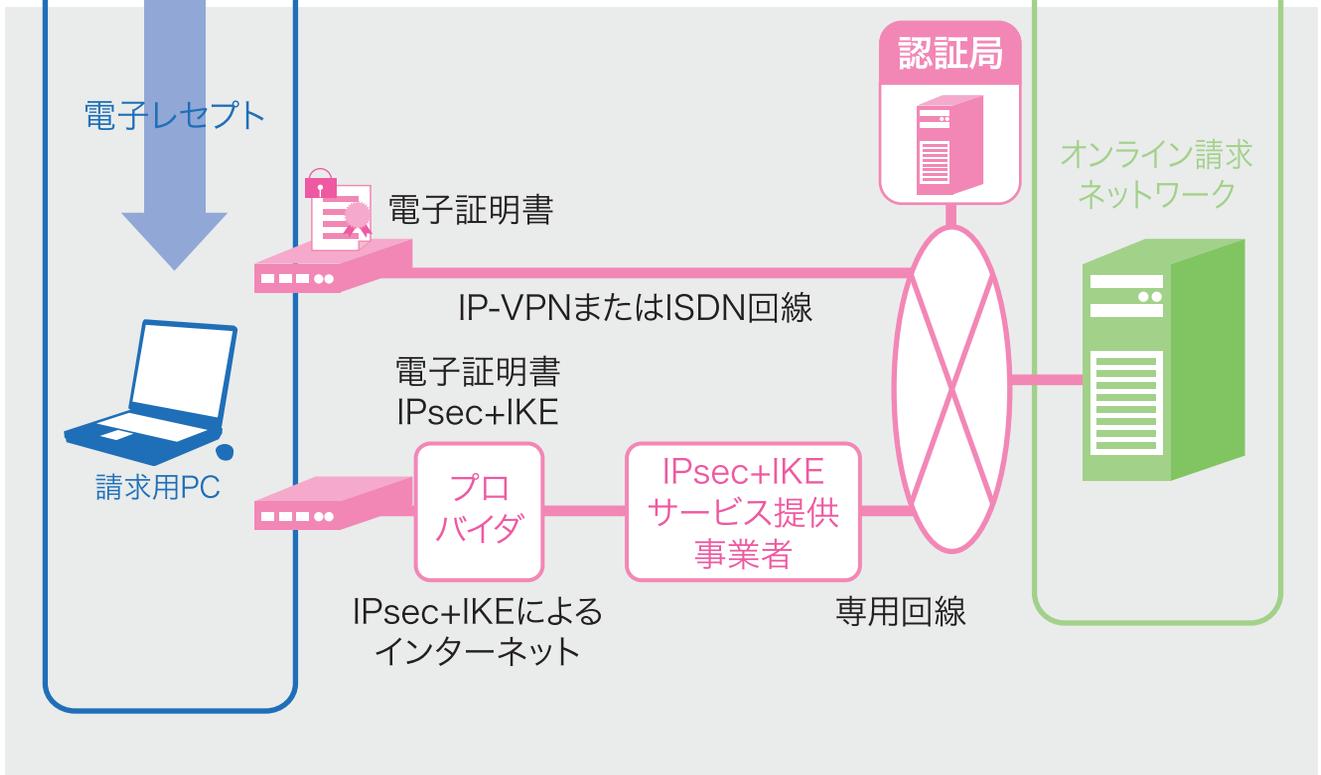
群馬県版

■ 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
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 <input checked="" type="radio"/> 歯科 <input type="radio"/> 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	<input type="checkbox"/> F D	<input type="checkbox"/> M O	<input checked="" type="checkbox"/> C C D - R
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。

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
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 <input checked="" type="radio"/> 歯科 <input type="radio"/> 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	<input type="checkbox"/> F D	<input type="checkbox"/> M O	<input checked="" type="checkbox"/> C C D - R
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。

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

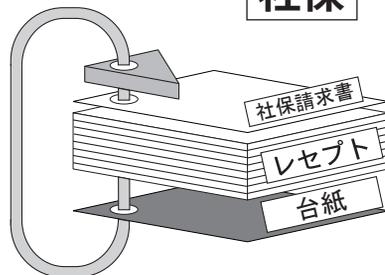
国保



- 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)

表 別	1 医科	県番 医療機関等 コード	1 0	1 2 3 4 5 6 7	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 7777-77-7777 ノーザ太郎
	③ 歯科					
	4 調剤					
	6 訪問					

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
		1	0	0	0	1	6	① 一 般	4 退 職	3 老 人						
	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
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						
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	入院合計													66 件		89,999 点

見本

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。
 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 訪問看護は請求金額を点数欄に記入してください。
 8 特別療養費については、別に作成してください。

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	高齢受給者一般・低所得入院
8	高齢受給者一般・低所得入院外
9	高齢受給者7割入院
0	高齢受給者7割入院外

受付印

令和 5 年 4 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。

令和 5 年 5 月 8 日

保険者番号	県番号	医療機関コード	表別
100016	10	1234567	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	標準負担額
国 民 健 康 保 険 者 (一 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 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								

見本

注1 「※決定」欄は記載しないでください。

注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 4 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。

令和 5 年 5 月 8 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	標準負担額	
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	七〇歳以上	請求②	入院 入院外								
	九割	※決定	入院 入院外								
七〇歳以上七割	七〇歳以上	請求③	入院 入院外								
	七割	※決定	入院 入院外								
被扶養者七割	被扶養者	請求④	入院 入院外	3	1	9	4,444				
	七割	※決定	入院 入院外								
六 歳	六 歳	請求⑤	入院 入院外								
		※決定	入院 入院外								

見本

注1 「※決定」欄は記載しないでください。

注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。

退

職

令和 5 年 4 月分後期高齢者医療診療報酬等請求総括表

表 別	医 科
	<input checked="" type="radio"/> 歯 科
	調 剤
	訪 問

医療機関等コード						
1	2	3	4	5	6	7

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
 ノーザ歯科医院
 電話番号 7777-77-7777
 開設者氏名 ノーザ太郎

	広域連合所在 都道府県名	割合等		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	一・ <input checked="" type="radio"/> 低	7			17	27,777
	群馬県後期高齢者 医療広域連合	一・低	<input checked="" type="radio"/> 7			1	2,222
		一・低	7				
		一・低	7				
		一・低	7				
5		一・低	7				
		一・低	7				
		一・低	7				
		一・低	7				
		一・低	7				
10		一・低	7				
		一・低	7				
		一・低	7				
		一・低	7				
		一・低	7				
15		一・低	7				
		一・低	7				
		一・低	7				
		一・低	7				
		一・低	7				
20		一・低	7				
	小 計					18	29,999
	合 計					18	29,999

見本

注1 表別欄は該当箇所を○で囲んでください。
 2 割合欄は「一・低」または「7」のうち、該当する箇所を○で囲んでください。
 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。

(受付印)

令和 5 年 4 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

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。

令和 5 年 5 月 8 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
一 後 期 ・ 低 所 得	請 求	入 院						
	①	入院外	17	33	27,777			
	※ 決 定	入 院						
		入院外						
七 後 期 割 高 齢	請 求	入 院						
	②	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						

見
本

備 考

注1 「※決定」欄は記載しないでください。

後 期 高 齢

令和 5 年 4 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 ノーザ歯科医院

電話番号 7777-77-7777

開設者氏名 ノーザ太郎

3

10

1 2 3 4 5 6 7

保険者番号	割合区分等					入・外	件数	点数	福祉医療費額
	1 一般	2 70歳 2割	3 70歳 3割	④ 6歳	1 特				
100024				④	1	1 ② 入 外	1	333	
100024	①				1	1 ③ 入 外	2	1,333	
100099				④	1	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			
	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			
	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			
	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			

見本

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、長、高額（高齢受給者を除く。）に係わ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「高齢受給者の入院及び入院外の高額・特」該当の場合、金額を記載してください。
 5 訪問看護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 5 年 4 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 5 年 5 月 8 日

保険者番号	県番	医療機関等コード	表別	特
100016	10	1234567	3	特

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		
70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○長、高額(高齢受給者を除く。)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「高齢受給者の入院及び入院外の高額・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。

1	医科
3	歯科
4	調剤
6	訪問

連記

令和 5 年 4 月分 福祉医療費【連記式】明細書 (入院外)

前橋市 市町村長 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) ノーザ歯科医院
7777-77-7777

割合区分
(三二二般)
70歳2割
70歳3割
6歳
(特)略称等

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 5 男 女 昭 平 令 9.1.1				
2 72100027	ペリオ 花子	1,333		01100000	
3079001	1 ② 3 ④ 5 男 女 昭 平 令 9.11.11				
3	1 2 3 4 5 男 女 昭 平 令 . .				
4	1 2 3 4 5 男 女 昭 平 令 . .				
5	1 2 3 4 5 男 女 昭 平 令 . .				
6	1 2 3 4 5 男 女 昭 平 令 . .				
7	1 2 3 4 5 男 女 昭 平 令 . .				
8	1 2 3 4 5 男 女 昭 平 令 . .				
9	1 2 3 4 5 男 女 昭 平 令 . .				
10	1 2 3 4 5 男 女 昭 平 令 . .				
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と高齢受給者で高額医療費該当の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、多・税に該当する場合は多・税、限度額適用認定証の所得区分欄現役並みⅢ・Ⅱ・Ⅰに該当する場合は「ア」「イ」「ウ」、多数該当の場合は「多ア」「多イ」「多ウ」、月遅れ分は診療年月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 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。
 8 訪問看護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)	02
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

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

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					
療 保	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					
険 保	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

公負①	公受①
-----	-----

保険	0	6	1	3	8	0	9	3
記号・番号	1 2 3			4 5 6			(枝番) 1 1	

氏名	ノーザ 花子	特記事項	届出
職務上の事由	2女 3昭 47. 6.22 生		補管 歯初診

医療機関名	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	7~53~35~7 7~53~35~7 P 7 Per 5 C 8 下顎骨性完全埋伏智歯	開始日	令和 5 年 4 月 1 日
		実日数	6 日 (日)
		転帰	治癒 死亡 中止

初診	264	時間外	休日	深夜	乳	乳・時間外	乳・休日	乳・深夜	特	特導	特連	特	特	特	特	特	特	特	264 点
----	-----	-----	----	----	---	-------	------	------	---	----	----	---	---	---	---	---	---	---	-------

再診	57x5	時間外	休日	深夜	乳	乳・時間外	乳・休日	乳・深夜	特	特導	特連	特	特	特	特	特	特	特	285
----	------	-----	----	----	---	-------	------	------	---	----	----	---	---	---	---	---	---	---	-----

管理・リハ	80	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	80
-------	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

投薬・注射	①・②・外・注	12x6	1x6	調	11x2	処方	42x2+	精	+	処	+	注							184
-------	---------	------	-----	---	------	----	-------	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	-----

X線検査	全顎 枚	色調	P混検	P混検	基本	200x1	精密	450	その他										710
------	------	----	-----	-----	----	-------	----	-----	-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-----

処置	う蝕	保護	感	根	根	加	生	除	20x1	T.cond	F	局							928
----	----	----	---	---	---	---	---	---	------	--------	---	---	--	--	--	--	--	--	-----

手術	SC	72x1	+	38x1	+	SRP	前	小	+	1080x1	+	130x1	切開						1,210
----	----	------	---	------	---	-----	---	---	---	--------	---	-------	----	--	--	--	--	--	-------

麻酔	伝麻	浸麻	その他	OA+	歯科用キシロカイン	Ct	1.8ml	10x1											10
----	----	----	-----	-----	-----------	----	-------	------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----

歯冠	補診	維持管理	前C金銀既製	前C金銀既製	高洞	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	202
----	----	------	--------	--------	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----

修復	支台	支台	前小	大	その他	前小	大	修形	120x1	充形	+									933
----	----	----	----	---	-----	----	---	----	-------	----	---	--	--	--	--	--	--	--	--	-----

欠損	CAD	(I)	(II)	(III)	手冠	前手	根板	前小	大	銀前小	大	レシ								
----	-----	-----	------	-------	----	----	----	----	---	-----	---	----	--	--	--	--	--	--	--	--

綴	有	1~4歯	床	磁性	前小	大	前小	大	コ双	17											
---	---	------	---	----	----	---	----	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

その他	情共	120																		120
-----	----	-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-----

摘要	7	インレー除去	パントモ(パ電)	402x1	フロモックス錠100mg	3T	x6	公費分請求	点数決定	※	点	合計	5,205	点
----	---	--------	----------	-------	--------------	----	----	-------	------	---	---	----	-------	---

								患者負担額(公費)	円	決定	※	点		
--	--	--	--	--	--	--	--	-----------	---	----	---	---	--	--

								高額療養費	円	一部負担		円		
--	--	--	--	--	--	--	--	-------	---	------	--	---	--	--

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8月25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

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。



LOVE CARE