



-県別用紙印字見本-

三重県版



株式会社 ノーザ

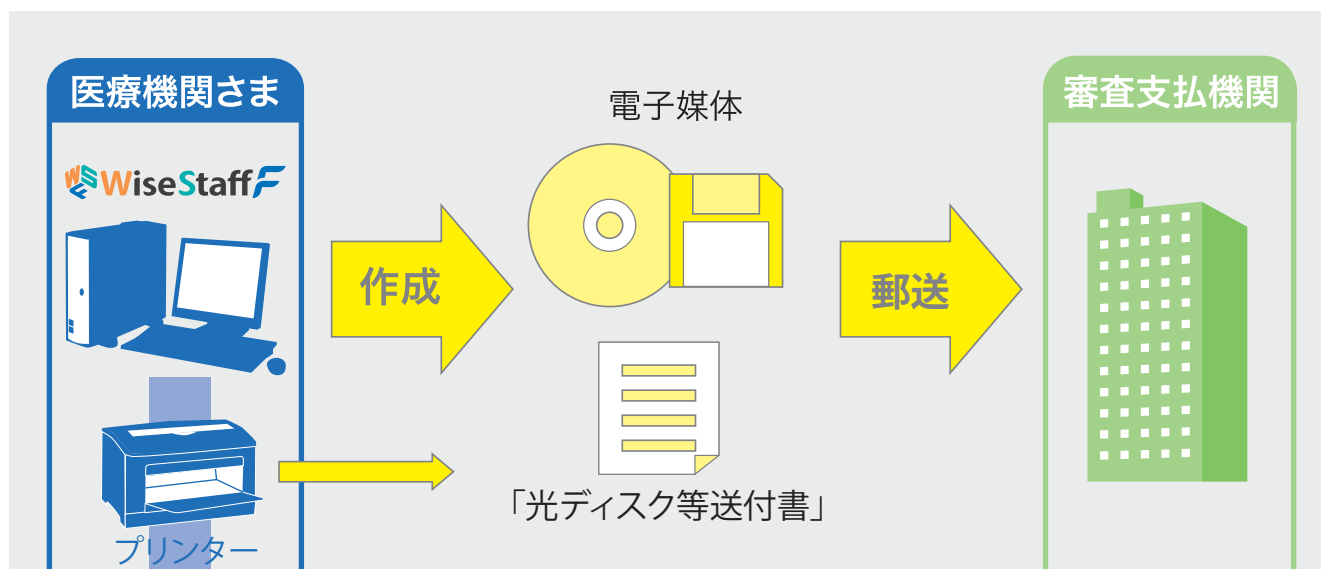
-電子レセプト請求-

電子レセプト請求の方法

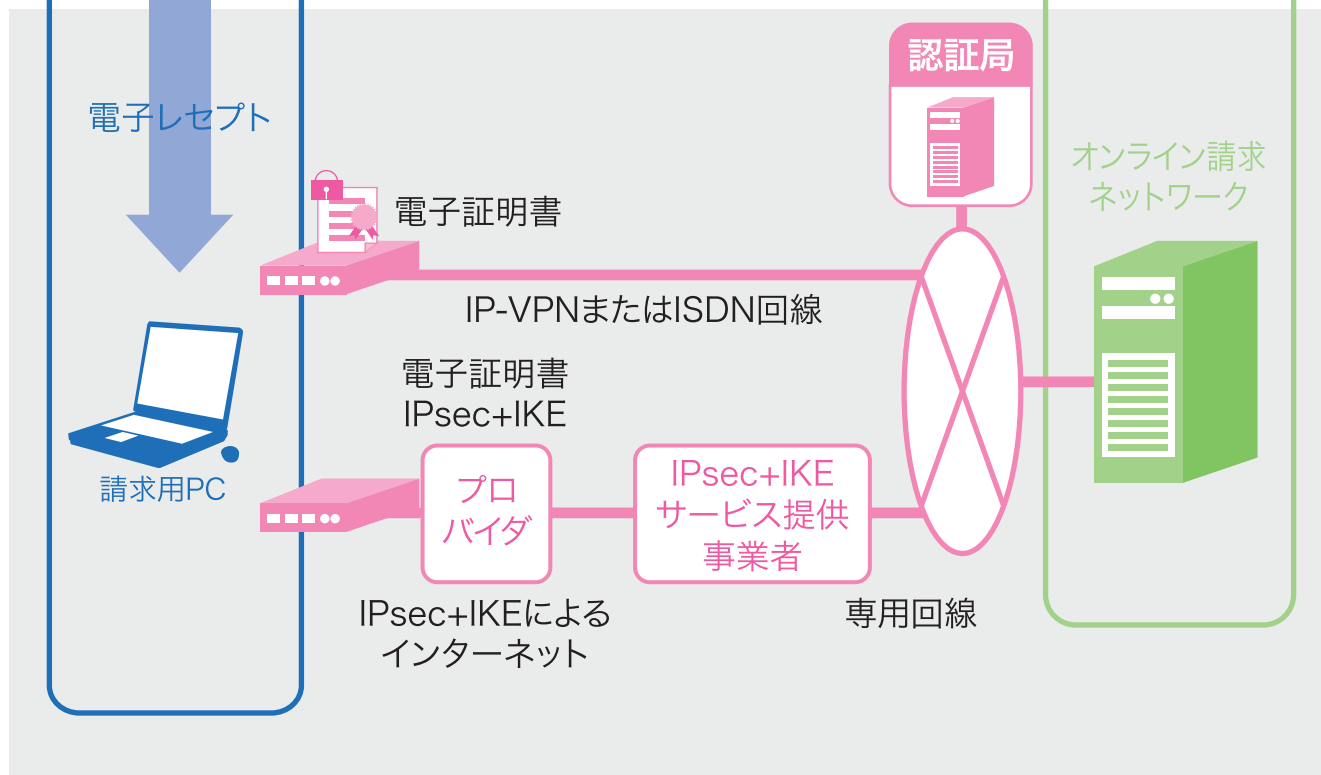
三重県版

■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
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 ・ 歯 科 ・ 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	C D - 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。

ー紙レセプト請求ー

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。



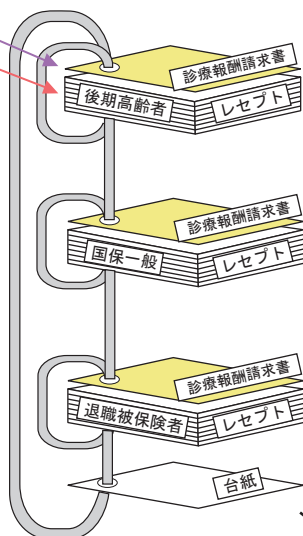
挟み込み印刷
請求書とレセプトが
提出順に印刷されます!
あとは印鑑を押して、
台紙でとじるだけ!

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
- 8割
- 7割

診療報酬請求書
国保一般明細書(レセプト)

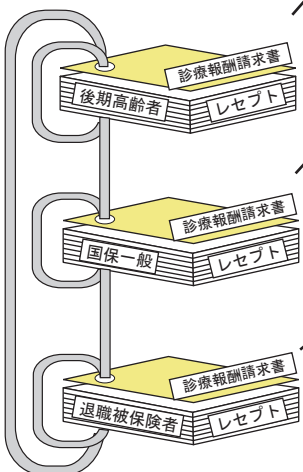
- 70歳以上 9割
- 70歳以上 7割
- 一般被保険者
- 6歳未満

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
- 8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

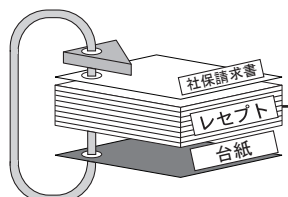
診療報酬請求書
退職被保険者明細書(レセプト)

- 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

所在地及び名称

開設者氏名

電話番号

三重県津市広明町 XX-XXX

ノーザ歯科医院

ノーザ太郎

222-222-222

令和 5 年 5 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

	01 国 保	67 退 職	※ 919 ※ 912	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	請求	入院							
				入院外	28	41	28,340				
			※決定	入院							
				入院外							
2	七〇歳以上 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		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	請求	入院							
				入院外	107	168	131,154				
			※決定	入院							
				入院外							

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							
全国国保組合併件数							
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 5 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				円			円	円
			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								

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				円			円	円
			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

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 5 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

見
本

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		0 0 1	
送 付 月		令和 5 年 4 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 住所 〒 氏名		
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)		市町コード		
※該当する番号を○で囲んでください。		0	0	1
受給資格証番号	氏名	性別	生年月日	
8012345	ノーザ 花子	1男・ 2女	1明・2大・ 3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 4 月	令和 年 月	令和 年 月	令和 年 月
一部負担割合	1割・2割・ 3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・ 外来	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・ (長) 区分				
公費請求点数	点	点	点	点
公費・ (長) 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			

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 5 月 8 日

所在地 〒 514-8570

医療機関等 名称 三重県津市広明町 X-X-X

開設者 氏名 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。

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 <						

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

診療報酬明細書 (齒科)

令和 5 年 4 月分 県番 13 医口 1 2 3 4 5 6 7 3 歯科 1 社 1 単独 6 本外

[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

2024年1月31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。



株式会社 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。

