

国民健康保険・後期高齢者医療
診療報酬等請求の手引き

調 剤

平成 22 年 10 月

兵庫県国民健康保険団体連合会

目 次

| | | |
|-----|------------------------------|----|
| 1 | 明細書等の提出期限 | 1 |
| (1) | オンライン請求の受付 | 1 |
| (2) | 電子媒体（FD・MO・CD-R）及び紙レセプト請求の受付 | 1 |
| 2 | レセプト電算処理システムによる請求方法等 | 2 |
| (1) | オンライン請求機関に係る取扱い | 2 |
| (2) | 電子媒体での請求機関に係る取扱い | 2 |
| 3 | 紙レセプトでの請求方法（月遅れ請求分等） | 4 |
| (1) | レセプトの編綴方法 | 4 |
| (2) | 請求様式関係 | 5 |
| (3) | 特別療養費明細書の取扱い | 5 |
| (4) | 保険医療機関コード番号変更に伴う請求方法 | 5 |
| (5) | 請求書及び明細書の訂正方法 | 5 |
| 4 | レセプトの記載及び請求方法 | 6 |
| (1) | 請求省令に示された様式（レセプト） | 6 |
| (2) | 後期高齢者医療に係るレセプト請求方法等 | 6 |
| (3) | 未就学者レセプトの請求 | 6 |
| (4) | 県外保険者・県内福祉医療併用明細書の取扱い | 7 |
| 5 | 請求様式と作成上の留意点 | 8 |
| (1) | 総括票 | 8 |
| (2) | 国民健康保険調剤報酬請求書 | 11 |
| (3) | 後期高齢者医療調剤報酬請求書 | 13 |
| (4) | 福祉医療費請求書 | 15 |
| 6 | 請求に伴う算定ルール上の誤りについて | 17 |
| (1) | 調剤料の算定に関するもの | 17 |
| (2) | 薬学管理料の算定に関するもの | 18 |
| (3) | 加算料の算定に関するもの | 18 |

| | | |
|---|-----------------------------|----|
| 7 | 処方せん発行医療機関コード欄の記載及び旧様式の取り繕い | 18 |
| | (1) 処方せん発行医療機関コード欄の記載 | 18 |
| | (2) 調剤報酬明細書の旧様式の取り繕い | 18 |
| 8 | 診療報酬明細書返戻（取下げ）依頼書 | 20 |
| 9 | 兵庫県保険者番号等一覧表 | 22 |

1 明細書等の提出期限

(1) オンライン請求の受付

5日から12日の8時から21時(8日から10日は24時)まで送信できます。ただし、10日24時までには最低1回の送信が必要です。レセプトデータ送信後は、必ず「請求確定」を行ってください。

なお、社保福祉医療費請求書等、紙提出分は10日が締め切りです。

(2) 電子媒体(FD・MO・CD-R)及び紙レセプト請求の受付

診療報酬請求書等の請求に係る受付締切日は、毎月10日です。

ア 受付時間 午前8時45分から午後5時15分まで

イ 受付場所 兵庫県国民健康保険団体連合会(センタープラザ11階)
神戸市中央区三宮町1丁目9番1-1801号

* 毎月1日~10日(1日~9日は平日のみ)、11階調剤担当執務室で受付いたします。

* なお、10日の受付日が土曜日、日曜日及び祝日の場合は事務所を開所し、受付いたします。

また、毎月8日(平日のみ)を受付協力日としていますので御協力お願いいたします。

| ○が開所日です。 | 土曜日 | 日曜日 | 月曜が祝日の場合 |
|----------|--------|--------|----------|
| 例 1 | 10日 開所 | 11日 閉所 | 12日 閉所 |
| 例 2 | 9日 閉所 | 10日 開所 | 11日 閉所 |
| 例 3 | 8日 閉所 | 9日 閉所 | 10日 開所 |

【問い合わせ先】

| 担当課・係名 | ダイヤルイン | 担当地区 |
|----------|--------------|------|
| 業務第1課第2係 | 078-332-9548 | 全地区 |

*レセプト電算処理及びオンライン請求の参加についてもお問い合わせください。

2 レセプト電算処理システムによる請求方法等

レセプト電算処理システム及びオンライン請求の参加については、下記にお問い合わせください。
業務第1課2係 TEL (078) 332-9548

(1) オンライン請求機関に係る取扱い

ア 総括票等の取扱い

オンライン請求機関の総括票及び請求書は不要です。(下表参照)

| 請求方法 | レセプト媒体 | 総括票の提出 | 請求書の提出 |
|-----------|------------|--------|--------|
| オンライン請求機関 | 電子情報処理組織 | 不要 | 不要 |
| 電子媒体請求機関 | FD・MO・CD-R | 必要 | 不要 |
| 紙媒体請求機関 | 紙 | 必要 | 必要 |

※ 不要とする総括票及び請求書の様式

- ・「国民健康保険・後期高齢者医療調剤報酬総括票」
- ・「国民健康保険調剤報酬請求書」

イ オンライン請求機関に係る返戻レセプト再請求について

オンライン請求機関のレセプト返戻については、出力紙レセプト及び CSV データにより行なっているところですが、返戻レセプトの再請求を出力紙レセプトで請求する場合は、従来の紙請求どおり総括票及び請求書の提出が必要です。(下表参照)

| レセプトの返戻方法 (国保連合会→保険医療機関等) | レセプトの再請求方法 (保険医療機関等→国保連合会) | 総括票・請求書の提出 |
|--|--|--------------|
| 出力紙レセプト 及び CSV データでダウンロード (オンライン請求機関) | 出力紙レセプト 又は 電子情報処理組織 (オンライン) (CSV データダウンロード機関) | 必要 不要 |

※ 出力紙レセプトを修正し、紙レセプトで再請求する場合は、ダウンロードした返戻ファイルを削除してください。ダウンロードした返戻ファイルを修正し、オンラインで再請求する場合は、出力紙レセプトの確実な廃棄をお願いします。

ウ その他

オンライン請求機関であっても県単独事業である福祉医療費請求書(社保用)の請求につきましては、従来どおり紙媒体で請求してください。

(2) 電子媒体での請求機関に係る取扱い

ア 請求書

請求書は不要です。ただし、返戻分紙レセプトの再請求の場合は、請求書が必要です。(後期高齢者医療に係る請求書も同様)

イ 電子媒体への表記

記録形式、点数表区分、医療機関（薬局）コード、保険医療機関（薬局）名称、診療（調剤）月分、提出年月日及び媒体枚数（請求枚数及び当該媒体の順）並びに支払基金又は国保連の別を記載する。

なお、確認試験で提出する電子媒体へは、貼付ラベルの余白に「試験用」と朱記する。

(ア) FD・MO への貼付ラベル

MS-DOS/CSV 形式 (FD・MO 用)

| | | | | |
|---------------------------|----|----|---|------------------|
| MS-DOS/CSV (医科・DPC・歯科・調剤) | | | | 支払基金 ・ 国保連 |
| 医療機関（薬局）コード | | | | |
| 保険医療機関（薬局）名称 | | | | |
| 診療（調剤）月分 | 年 | 月分 | | |
| 提出年月日 | 年 | 月 | 日 | |
| 媒体枚数 | 枚中 | 枚目 | | |

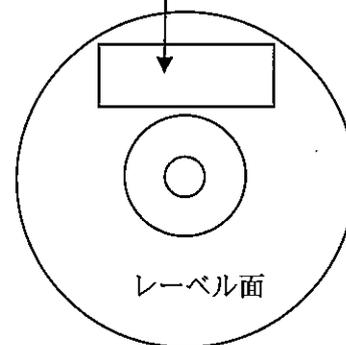
FD 及び MO へのラベルの貼付箇所



(イ) CD-R への表記

レーベル面にシール等を貼付せずに、フェルトペン等により記入する。

| | | | |
|-------------|--------------|----|---|
| 医療機関（薬局）コード | 保険医療機関（薬局）名称 | | |
| 点数表区分 | 医科・DPC・歯科・調剤 | | |
| 診療（調剤）月分 | 年 | 月分 | |
| 提出年月日 | 年 | 月 | 日 |
| 媒体枚数 | 枚中 | 枚目 | |
| 支払基金 ・ 国保連 | | | |



3 紙レセプトでの請求方法（月遅れ請求分等）

(1) レセプトの編綴方法

| 分類 | 種別 | 並び順 | 様式 | 備考 | |
|----|--------|-----|--------------------|---------------------------|------|
| 共通 | 総括票 | 1 | 総括票 | | |
| 国保 | 特別療養費 | 2 | 特別療養費レセプト（国民健康保険） | （※請求書は不要） | |
| 後期 | 療養費 | 3 | 特別療養費レセプト（後期高齢者医療） | （※請求書は不要） | |
| 国保 | 一退 | 4 | 請求書（国民健康保険）（県外分） | | |
| | | 5 | レセプト | （※並び順は県内分と同じ） | |
| 後期 | | 6 | 請求書（後期高齢者医療）（県外分） | | |
| | | 7 | レセプト | （※並び順は県内分と同じ） | |
| 国保 | 福祉 | 8 | 福祉医療費請求書（社保用） | 訪看除く | |
| | 一退 | 9 | 請求書（国民健康保険）（県内分） | （※在医総管又は在医総） | 医科のみ |
| | | 10 | レセプト | （※在医総管又は在医総） | ＼ |
| | 一般被保険者 | 11 | 請求書（国民健康保険）（県内分） | | |
| | | 12 | レセプト（入院） | 70歳以上一般・低所得 国保一般と公費（福祉）併用 | |
| | | 13 | ＼ | 70歳以上一般・低所得 国保一般 単独 | |
| | | 14 | ＼ | 70歳以上7割 国保一般と公費（福祉）併用 | |
| | | 15 | ＼ | 70歳以上7割 国保一般 単独 | |
| | | 16 | ＼ | 国保一般と公費（福祉）併用 | |
| | | 17 | ＼ | 国保一般 単独 | |
| | | 18 | ＼ | 6歳 国保一般と公費（福祉）併用 | |
| | | 19 | ＼ | 6歳 国保一般 単独 | |
| | 退職者 | 20 | ＼ | 本人と公費（福祉）併用 | |
| | | 21 | ＼ | 本人 単独 | |
| | | 22 | ＼ | 被扶養者と公費（福祉）併用 | |
| | | 23 | ＼ | 被扶養者 単独 | |
| | | 24 | ＼ | 6歳 公費（福祉）併用 | |
| | | 25 | ＼ | 6歳 単独 | |
| | 一退 | 26 | レセプト（外来） | （※並び順は入院と同じ。） | |
| 後期 | | 27 | 請求書（後期高齢者医療）（県内分） | （※在医総管又は在医総） | 医科のみ |
| | | 28 | レセプト | （※在医総管又は在医総） | ＼ |
| | | 29 | 請求書（後期高齢者医療）（県内分） | | |
| | | 30 | レセプト（入院） | 9割 公費（福祉）併用 | |
| | | 31 | ＼ | 9割 単独 | |
| | | 32 | ＼ | 7割 公費（福祉）併用 | |
| | | 33 | ＼ | 7割 単独 | |
| | | 34 | レセプト（外来） | （※並び順は入院と同じ。） | |
| | | 35 | 台紙（厚紙等） | | |

【国民健康保険請求：留意事項】

- ・ 請求書は、保険者別に作成してください。
- ・ 請求書は、総括票に表示している保険者の順に並べてください。ただし、保険医療機関の所在地に当たる保険者は、最下部に編綴してください。

【後期高齢者医療請求：留意事項】

- ・ 請求書は、都道府県ごとに1枚とし、請求書の保険者番号欄は、都道府県広域連合番号を記載してください。（兵庫県広域連合番号は「39280003」）
- ・ レセプトは、割合別に並べてください。なお、保険者番号順となるよう御協力をお願いします。

【レセプト編綴等のお願い】

- ・ 続紙は、該当レセプトの次に重ねるのみとし、レセプトと続紙をホッチキス又は糊等で貼付しないようにお願いします。
- ・ レセプトの摘要欄に書ききれない場合は、レセプトと同じ大きさの用紙に記載することとなっておりますので、異なる大きさの用紙に記載しないようにお願いします。
- ・ レセプト編綴の際は、請求書（又はレセプト種別）ごとにホッチキス、紐、クリップ又は針ピン等で綴じないようお願いします。

(2) 請求様式関係

ア 総括票 (8 ページ参照)

| 名 称 | 表別 | 備考 |
|-----------------------|----|----------|
| 国民健康保険・後期高齢者医療調剤報酬総括票 | 調剤 | 白色紙薄茶色刷り |

※ 国民健康保険及び後期高齢者医療に係る請求を1枚の総括票に記載する。

イ 国民健康保険請求書 (11 ページ参照)

| 名 称 | 表別 | 備考 |
|---------------|----|------------|
| 国民健康保険調剤報酬請求書 | 調剤 | クリーム色紙黒色刷り |

※ 後期高齢者医療レセプトの集計は、記載できません。

ウ 後期高齢者医療請求書 (13 ページ参照)

| 名 称 | 表別 | 備考 |
|----------------|----|---------|
| 後期高齢者医療調剤報酬請求書 | 調剤 | 白色紙黒色刷り |

※ 国民健康保険レセプトの集計は、記載できません。

※ 請求書は、都道府県ごとに1枚とし、請求書の保険者番号欄は、都道府県広域連合番号を記載する。(23 ページ「後期高齢者医療広域連合番号」参照、兵庫県広域連合番号は「39280003」)

エ 福祉医療費請求書 (15 ページ参照)

| 名 称 | 表別 | 備考 |
|---------------|----|---------|
| 福祉医療費請求書(社保用) | 調剤 | 白色紙黒色刷り |

(3) 特別療養費明細書の取扱い

資格証明書による診療を行った場合は明細書を作成し、明細書の上部余白部分に必ず特別療養費と朱書きの上、総括票の摘要欄に「特別療養費〇件」と記載してください。

明細書は、総括票の次に編綴し、国保連合会へ提出してください。(請求書の添付及び総括票の件数、点数欄への集計は不要です。)

レセプト電算処理システム(オンライン請求含む)による請求の場合も同様に紙レセプトによる請求となります。

(4) 保険医療機関コード番号変更に伴う請求方法

保険医療機関コード番号ごとに総括票・請求書等を別々に作成してください。

(5) 請求書及び明細書の訂正方法

請求書及び明細書に記載した数字等の訂正を行うときは、修正液を使用することなく、誤って記載した数字等を二重線で抹消の上、正しい数字等を記載してください。

なお、請求書等の記載に当たっては、黒若しくは青色のインク又はボールペン等を使用してください。

4 レセプトの記載及び請求方法

(1) 請求省令に示された様式（レセプト）

| 保険種別欄 | 本人・家族欄 |
|---------------------------------------|--|
| 「1 社・国」 「2 公費」 「3 後期」 「4 退職」 | 「2 本外」 「4 六外」 「6 家外」 「8 高外一」 「0 高外7」 |

(2) 後期高齢者医療に係るレセプト請求方法等

ア 保険者番号

被保険者証に記載されている保険者番号を記載する。

| | | | | | | | |
|--------|---|---------------|---|---------|---|---|--------|
| 3 | 9 | 2 | 8 | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 「法別番号」 | | 「都道府県番号（兵庫県）」 | | 「市町村番号」 | | | 「検証番号」 |

※ 23 ページ「後期高齢者医療・市区町名及び保険者番号」参照

イ 被保険者証番号

被保険者証に記載されている被保険者証番号 8 桁を記載する。

ウ 保険種別欄及び本人・家族欄の記載

次のとおり記載する。

| 保険種別欄 | 本人・家族欄 |
|--------|------------------|
| 「3 後期」 | 「8 高外一」又は「0 高外7」 |

エ 原爆医療併用時のレセプト記載方法

後期高齢者医療レセプトに公費負担者番号（法別 19）及び公費受給者番号を記載し、併用レセプトとして請求する。（※摘要欄に㊦の表示はしない。）

オ 資格取得日とレセプト請求

平成 22 年 4 月 2 日以降に被保険者となる場合、同じ月の受診であってもレセプトは資格取得日以前と以降のそれぞれに分けて請求する。なお、資格取得日以降のレセプトの摘要欄には、被保険者証が月の途中で発行された等の旨を記載する。

＜例：4 月 2 日資格取得で 4 月診療分の請求＞
 資格取得日以前・・・4 月 1 日分は国民健康保険レセプト請求
 資格取得日以降・・・4 月 2 日以降分は後期高齢者医療レセプト請求

(3) 未就学者レセプトの請求

ア レセプト

「本人・家族」欄は、「4 六外」と記載する。

イ 請求書

国民健康保険一般被保険者欄又は退職欄「6 歳」に集計し、記載する。

(4) 県外保険者・県内福祉医療併用明細書の取扱い

国保単独として取り扱ってください。ただし、近畿税理士国民健康保険組合（保険者番号 273102）に限り、併用明細書として取り扱います。

(参考) 都道府県コード一覧表

| | | | | | | | | | |
|----|-----|----|------|----|------|----|-----|----|------|
| 01 | 北海道 | 11 | 埼玉県 | 21 | 岐阜県 | 31 | 鳥取県 | 41 | 佐賀県 |
| 02 | 青森県 | 12 | 千葉県 | 22 | 静岡県 | 32 | 島根県 | 42 | 長崎県 |
| 03 | 岩手県 | 13 | 東京都 | 23 | 愛知県 | 33 | 岡山県 | 43 | 熊本県 |
| 04 | 宮城県 | 14 | 神奈川県 | 24 | 三重県 | 34 | 広島県 | 44 | 大分県 |
| 05 | 秋田県 | 15 | 新潟県 | 25 | 滋賀県 | 35 | 山口県 | 45 | 宮崎県 |
| 06 | 山形県 | 16 | 富山県 | 26 | 京都府 | 36 | 徳島県 | 46 | 鹿児島県 |
| 07 | 福島県 | 17 | 石川県 | 27 | 大阪府 | 37 | 香川県 | 47 | 沖縄県 |
| 08 | 茨城県 | 18 | 福井県 | 28 | 兵庫県 | 38 | 愛媛県 | | |
| 09 | 栃木県 | 19 | 山梨県 | 29 | 奈良県 | 39 | 高知県 | | |
| 10 | 群馬県 | 20 | 長野県 | 30 | 和歌山県 | 40 | 福岡県 | | |

5 請求様式と作成上の留意点

(1) 総括票

| | | | | | | | |
|-------------|-------------|----|----|-----------------------|-----------------|--|--|
| (様式番3-2) | | 年 | 月分 | 国民健康保険・後期高齢者医療調剤報酬総括票 | | | |
| 薬局 コード番号 | | 表別 | 4 | | | | |
| 所在地 | 〒 | | | | | | |
| 機関名 | 薬局 | | | | | | |
| 開設者名 | TEL () (印) | | | | | | |
| 区分 | 件数 | 点数 | | 請求書枚数 | 社保福祉医療費 請求件数 | | |
| 国保分請求 | 県内分 | | | | | | |
| | 県外分 | | | | | | |
| | 計 | | | | | | |
| | | | | | 整理番号 | | |
| 後期分請求 | 県内分 | | | | | | |
| | 県外分 | | | | | | |
| | 計 | | | | | | |

(注) 太線 (—) の中のみ記入してください。

請求欄は県内分(県内又は県内扱いとする保険者分)と県外分(下記以外の保険者分)に分けて記入してください。

| | | | | | | | | | | | |
|-------------------|--------|-----|---------|-------|---------|-------|--------|-------|----|-----|----|
| (県内又は県内扱いとする保険者名) | | | | | | | | | | | |
| (市部) | 神戸 | 姫路 | 尼崎 | 明石 | 西宮 | 洲本 | 芦屋 | 伊丹 | 相生 | 加古川 | 赤穂 |
| | 西脇 | 宝塚 | 三木 | 高砂 | 川西 | 小野 | 三田 | 加西 | 加東 | たつの | 宍粟 |
| | 養父 | 朝来 | 丹波 | 篠山 | 淡路 | 南あわじ | 豊岡 | | | | |
| (郡部) | 猪名川 | 多可 | 稲美 | 播磨 | 市川 | 福崎 | 神河 | 太子 | 上郡 | 佐用 | 香美 |
| | 新温泉 | | | | | | | | | | |
| (組合) | 兵庫食糧 | 明石浦 | 中央卸売 | 兵庫県食品 | 兵庫県歯科医師 | 兵庫県医師 | 兵庫県薬剤師 | 兵庫県建設 | | | |
| | 全国土木建築 | | 全国建設工事業 | | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|-----|-----|-----|---|---|---|-------------|-------|
| 審査印 | 受付印 | 事務 | | | | 摘要 (県外保険者名) | |
| | | 上 | 内 | 外 | 負 | (国保分) | (後期分) |
| | | 公 | 決 | 突 | 検 | | |
| | | 係名 | | | | | |
| | | — 係 | | | | 受付 回 | |

総括票（調剤）作成上の主な留意点

| No. | 記載欄 | 記載方法 | | |
|---------------------|---------------|--|--------------------|---------------------|
| 1 | 綴じ穴 | ・ 用紙の左上に綴じ穴を開けてください。（※ 左上の隅から右へ 12 mm、下へ 12 mm の位置を中心に半径 2 mm の穴） | | |
| 2 | 年 月分 | ・ 診療年月を記載してください。 | | |
| 3 | 薬局コード番号 | ・ 当該保険調剤薬局の薬局コード番号（7 桁）を記載してください。 | | |
| 4 | 表別 | ・ 表別「4」に○印を付けてください。 | | |
| 5 | 所在地、機関名及び開設者名 | ・ 指定申請の際に、近畿厚生局兵庫事務所に届け出た所在地、機関名及び開設者名を記載してください。 ・ 所在地欄中「〒」の箇所には郵便番号、開設者名欄中「TEL」の箇所には電話番号を記載してください。 | | |
| 6 | 印 | ・ 国保連合会に届け出た印鑑を使用してください。（「保険医療機関等の請求及び受領に関する届」で届け出た印鑑） | | |
| 7 | 国保分請求・県内分 | ・ 県内及び県内扱いする保険者（※1）を入院、入院外別に集計し、「件数」箇所には請求件数、「点数」箇所には請求点数、「請求書枚数」箇所には請求書枚数を記載してください。 ※1 県内扱いする保険者 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="padding: 2px;">全国土木建築国保組合（133033）</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">全国建設工事業国保組合（133298）</td> </tr> </table> ※ レセプト電算処理システム請求については、請求書が不要となるため、「請求書枚数」欄は「0」又は「スペース」としてください。 （No.8、9、10 も同様です。） | 全国土木建築国保組合（133033） | 全国建設工事業国保組合（133298） |
| 全国土木建築国保組合（133033） | | | | |
| 全国建設工事業国保組合（133298） | | | | |
| 8 | 国保分請求・県外分 | ・ 県外保険者（県内扱いする保険者を除く。）を集計し、「件数」箇所には請求件数、「点数」箇所には請求点数、「請求書枚数」箇所には請求書枚数を記載してください。 | | |
| 9 | 後期分請求・県内分 | ・ 県内保険者を集計し、「件数」箇所には請求件数、「点数」箇所には請求点数、「請求書枚数」箇所には請求書枚数を記載してください。 | | |
| 10 | 後期分請求・県外分 | ・ 県外保険者を集計し、「件数」箇所には請求件数、「点数」箇所には請求点数、「請求書枚数」箇所には請求書枚数を記載してください。 | | |
| 11 | 社保福祉医療費請求件数 | ・ 高齢重度障害者医療費請求書（平成 20 年 3 月診療以前分）の請求がある場合は、社保福祉医療費請求件数欄上段に福祉医療費請求書（社保用）に記載した請求件数を記載し、下段に「㊟」と表示の上、高齢重度障害者医療費請求書に記載した請求件数を記載してください。 ・ 高齢重度障害者医療費請求書（平成 20 年 3 月診療以前分）の請求がない場合は、福祉医療費請求書（社保用）に記載した請求件数のみを記載してください。 | | |

| No. | 記載欄 | 記載方法 |
|-----|-----------------|--|
| 12 | 摘要（県外保険者名）（国保分） | <ul style="list-style-type: none"> ・ 国保分の県外保険者の請求がある場合、保険者名を記載してください。「〇〇県 〇〇市」 ・ 国保分の特別療養費の請求がある場合、件数を記載してください。「特別療養費 〇〇件」 |
| 13 | 摘要（県外保険者名）（後期分） | <ul style="list-style-type: none"> ・ 後期分の県外保険者の請求がある場合、都道府県名を記載してください。「〇〇県」 ・ 後期分の特別療養費の請求がある場合、件数を記載してください。「特別療養費 〇〇件」 |
| 14 | 受付 回 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 受付回数を記載してください。 |

(2) 国民健康保険調剤報酬請求書

国民健康保険調剤報酬請求書

様式第七

平成 年 月 分

保険薬局の所在地

保険者

名 称

様

開設者氏名

印

下記のとおり請求する。

| | | 保 険 者 番 号 | | | 県番号 | 薬 局 コ ー ド | |
|----------|--------|-----------------|-----|--|-------|-----------|-----|
| 平成 年 月 日 | | | | | 2 8 | | |
| 請 求 区 分 | 件 数 | 処方せん受付回数 | 点 数 | | 一部負担金 | | 備 考 |
| 国民健康保険 | 一般被保険者 | 70歳以上 一般・低所得 | | | 円 | | |
| | | 70歳以上 7 割 | | | | | |
| | | 一般被 保険者 | | | | | |
| | 6 歳 | | | | | | |
| | 退職者 | 本 人 | | | | | |
| | | 70歳以上 9 割 | | | | | |
| | | 70歳以上 7 割 | | | | | |
| | | 被扶養者 | | | | | |
| | | 6 歳 | | | | | |
| | 老人保健 | 老人9割 | | | | | |
| 老人7割 | | | | | | | |
| 請求合計 | | | | | | | |
| 決定合計 | | | | | | | |

| 請 求 区 分 | 件 数 | 処方せん受付回数 | 点 数 | 一部負担金 |
|---------|-----|----------|-----|-------|
| 公費負担医療 | | | | 円 |
| | | | | |

| 総 計 誤 算 | | 増 減 状 況 | |
|---------|-----|---------|-----|
| 増 点 | 減 点 | 増 点 | 減 点 |
| | | | |

| 高額療養費 | 件 数 | 金 額 |
|--------|-----|-----|
| 一般被保険者 | | 円 |
| 退職者 | | 円 |

| 返 戻 | 件 数 | 処方せん受付回数 | 点 数 | 一部負担金 |
|-----|-----|----------|-----|-------|
| | | | | 円 |

- 備考 1 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。
2 表については、太線の表のみ記入してください。

国民健康保険調剤報酬請求書（調剤）作成上の主な留意点

| No. | 記載欄 | 記載方法 |
|-----|----------------------|---|
| 1 | 綴じ穴 | ・ 用紙の左上に綴じ穴を開けてください。（※ 左上の隅から右へ12mm、下へ12mmの位置を中心に半径2mmの穴） |
| 2 | 平成 年 月分 | ・ 診療年月を記載してください。 |
| 3 | 保険者 | ・ 保険者名を記載してください。 |
| 4 | 平成 年 月 日 | ・ 当該請求書を提出する年月日を記載してください。 |
| 5 | 保険者番号 | ・ 保険者番号を記載してください。 ・ 神戸市は代表番号「284000」を記載してください。 |
| 6 | 薬局コード | ・ 当該調剤薬局の薬局コード番号（7桁）を記載してください。 |
| 7 | 保険薬局の所在地、名称、開設者氏名 | ・ 指定申請の際に、近畿厚生局兵庫事務所に届け出た所在地、名称、開設者氏名を記載してください。 |
| 8 | 印 | ・ 国保連合会に届け出た印鑑を使用してください。（「保険医療機関等の請求及び受領に関する届」で届け出た印鑑） |
| 9 | 件数・処方せん受付回数・点数・一部負担金 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 請求区分別に公費（福祉）併用分と単独分を合わせた「件数」、「処方せん受付回数」、「点数」、「一部負担金」を集計し、記載してください。 ※ 「一般被保険者」欄の「70歳以上一般・低所得」は、70歳以上一般・低所得レセプト（患者負担の見直し凍結により保険調剤薬局の窓口徴収は1割）及び平成20年3月診療以前分の70歳以上9割レセプト請求分を集計し、記載してください。 ※ 「一般被保険者及び退職者」欄の「6歳」は、未就学者レセプト及び平成20年3月診療以前分の3歳未満レセプトを集計し、記載してください。 ※ 「退職者」欄の「70歳以上9割」及び「70歳以上7割」は、平成20年3月診療以前分の月遅れ請求がある場合に集計し、記載してください。 ※ 一部負担金欄については、自立支援等の公費、㉔、㉕、㉖、㉗の福祉医療費、高齢受給者（一般・退職）の一部負担金を集計し、該当区分欄に記載してください。 |
| 10 | 請求合計 | ・ 国民健康保険（一般・退職）の件数、処方せん受付回数、点数、一部負担金を集計し、記載してください。 |

(3) 後期高齢者医療調剤報酬請求書

後期高齢者医療調剤報酬請求書

様式第九

平成 年 月分

保険薬局の所在地

各広域連合 様

名 称

開設者氏名

印

下記のとおり請求する。

| 請求区分 | | 件数 | 処方せん受付回数 | 点数 | 一部負担金 | 備考 |
|------------|-----|----|----------|----|-------|----|
| 後期高齢 9割 | 請求 | | | | 円 | |
| | ※決定 | | | | | |
| 後期高齢 7割 | 請求 | | | | | |
| | ※決定 | | | | | |

| 請求区分 | | 件数 | 処方せん受付回数 | 点数 | 一部負担金 | 備考 |
|--------|-----|----|----------|----|-------|----|
| 公費負担医療 | 請求 | | | | 円 | |
| | ※決定 | | | | | |
| | 請求 | | | | | |
| | ※決定 | | | | | |
| | 請求 | | | | | |
| | ※決定 | | | | | |

備考

- 備考 1 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。
2 表については、太線の表のみ記入してください。

| | | |
|--------|----|---|
| ※高額療養費 | 件数 | |
| | 金額 | 円 |

後期高齢者医療調剤報酬請求書（調剤）作成上の主な留意点

| No. | 記載欄 | 記載方法 |
|-----|----------------------|---|
| 1 | 綴じ穴 | <ul style="list-style-type: none"> 用紙の左上に綴じ穴を開けてください。（※ 左上の隅から右へ12mm、下へ12mmの位置を中心に半径2mmの穴） |
| 2 | 平成 年 月分 | <ul style="list-style-type: none"> 診療年月を記載してください。 |
| 3 | 平成 年 月 日 | <ul style="list-style-type: none"> 当該請求書を提出する年月日を記載してください。 |
| 4 | 保険者番号 | <ul style="list-style-type: none"> 請求書は、都道府県ごとに1枚とし、請求書の保険者番号欄は、都道府県広域連合番号を記載する。 (兵庫県広域連合番号は「39280003」) |
| 5 | 薬局コード | <ul style="list-style-type: none"> 当該調剤薬局の薬局コード番号(7桁)を記載してください。 |
| 6 | 保険薬局の所在地、名称、開設者氏名 | <ul style="list-style-type: none"> 指定申請の際に、近畿厚生局兵庫事務所に届け出た所在地、名称、開設者氏名を記載してください。 |
| 7 | 印 | <ul style="list-style-type: none"> 国保連合会に届け出た印鑑を使用してください。（「保険医療機関等の請求及び受領に関する届」で届け出た印鑑） |
| 8 | 件数・処方せん受付回数・点数・一部負担金 | <ul style="list-style-type: none"> 請求区分の後期高齢九割欄又は後期高齢七割欄は、「件数」欄は後期高齢者医療に係る件数の合計、「処方せん受付回数」欄は明細書の処方せん受付回数合計を、「点数」欄は明細書の「保険」の項に係る「請求」の項の合計を記載してください。 「一部負担金」欄は、明細書の「保険」の項に係る「一部負担金額」の項の合計を記載してください。 請求区分の公費負担医療欄は、公費負担医療に係る分を公費負担医療制度（空欄に法別番号を記載）ごとに記載し、「件数」欄は公費負担医療制度ごとに明細書の件数の合計を、「点数」欄は明細書の「公費」の項に係る「請求」の項に記載した点数を公費負担医療制度ごとに合計を記入してください。 「一部負担金」欄は明細書の「公費①」及び「公費②」の項に係る「一部負担金額」の項に記載した金額を公費負担医療制度ごとに合計し、記載してください。 請求区分の公費負担医療欄に記載する欄が足りない場合は、備考欄に記載してください。 |

(4) 福祉医療費請求書

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-------------------|---------------------------------|-------------|----------------------------|-----------------------|---------------------------------|-------------|--------|-----------------------|------------------|--------|--------|--|---|---|---|
| <h2 style="margin: 0;">福祉医療費請求書 (社保用)</h2> <p style="margin: 5px 0;">平成 年 月分下記のとおり請求する。 平成 年 月 日</p> | | | | 保 険 薬 局 | 所 在 地 | | | | | | | | | | | |
| | | | | 名 称 | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 局 開 設 者 氏 名 | (印) | | | | | | | | | | | |
| 請 求 先 | 兵庫県知事 市・(町)長 様 | | | 保 険 者 コ ー ド | 県 番 号 | 保 険 薬 局 コ ー ド | | | | 表 別 割 合 | | 調 劑 | | 1 | 2 | 3 |
| | | | | 2 8 9 9 9 1 | 2 8 | | | | | 4 | | | | | | |
| 受 給 者 氏 名 | 生 年 月 | 公 費 負 担 者 番 号 | | | 受 給 者 番 号 | 調 剤 年 月 | 外 回 数 | 点 数 | 一 部 負 担 金 | | 備 考 | | | | | |
| | | 法 別 | 限 番 号 | 実 施 主 体 | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | | | | | | 2 | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | 2 | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | 2 | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | 2 | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | 2 | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | 2 | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | 2 | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | 2 | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | 2 | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | 2 | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | 2 | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | 2 | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | 2 | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | 2 | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | 2 | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | 2 | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | 2 | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | 2 | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | 2 | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | 2 | | | | | | | | | |
| 請 求 合 計 | | | | | 件 | 日 | | | 点 | | | 円 | | | | |
| ※ 決 定 合 計 | | | | | 件 | 日 | | | 点 | | | 円 | | | | |

- (注) 1 市・町別・表別・割合別に作成してください。
 2 点数欄は福祉医療対象点数を記入してください。
 3 調剤年月欄には該当年月以外は必ず記入してください。
 4 老人で一部負担金の徴収がない場合は、0円と記載してください。
 5 乳幼児医療(法別80、81)については、生年月を記載してください(例・平成18年10月生の場合、41810と記載)。
 6 高額長期疾病分は、受給者氏名欄左欄外に(長)と記載し、備考欄に(02)を記載してください。ただし、上位所得者で自己負担額が2万円の場合は、受給者氏名欄左欄外に(長2)と記載し、備考欄に(16)を記載してください。

福祉医療費請求書作成上の主な留意点

| No. | 記載欄 | 記載方法 |
|-----|--------------|--|
| 1 | 平成 年 月分 | ・ 診療年月を記載してください。 |
| 2 | 平成 年 月 日 | ・ 福祉医療費請求書を提出する日を記載してください。 |
| 3 | 所在地、名称、開設者氏名 | ・ 指定申請の際に近畿厚生局兵庫事務所に届け出た所在地、名称、開設者氏名を記載してください。 |
| 4 | 印 | ・ 国保連合会に届け出た印鑑を使用してください。（「保険医療機関等の請求及び受領に関する届」で届け出た印鑑） |
| 5 | 請求先 | ・ 実施主体者名を記載してください。 |
| 6 | 保険医療機関コード | ・ 指定された保険医療機関等の機関コード番号を記載してください。 |
| 7 | 表別 | ・ 該当する表別の数字に○を付けてください。 |
| 8 | 割合 | ・ 該当する割合の数字に○を付けてください。 |
| 9 | 各明細行 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 該当する欄に記載してください。 ・ 乳幼児等医療（法別80、81）は、「生年月」欄を必ず記載してください。 ・ 「生年月」欄の記載は、「平成」を「4」で5桁の数字で表します。 （例）平成21年4月生まれは「42104」です。 |
| 10 | 請求合計 | ・ 請求書ごと「件数」、「点数」、「一部負担金」を集計し、記載してください。 |
| 11 | 診療年月 | ・ 当該年月分以外は、必ず記載してください。 |

- ・ 請求先別、表別、割合別に作成してください。※欄は記載しないでください。
- ・ 高額長期疾病分は、受給者氏名欄左欄外に㊸と記載し、備考欄に㊹を記載してください。ただし、上位所得者で自己負担額が2万円の場合は、受給者氏名欄左欄外に㊺と記載し、備考欄に㊻を記載してください。

6 請求に伴う算定ルール上の誤りについて

(1) 調剤料の算定に関するもの

ア 同一服用方法（服用時点が同一であるものは1剤とみなす）での調剤料の算定

(事例1)

| 服用方法 | 投与日数 | 調剤料 | 算定可否 | 備考 |
|--------------|------|-----|------|--------------------|
| No.1 分1 朝食後 | 14日 | 63点 | ○ | |
| No.2 分2 朝夕食後 | 14日 | 63点 | ○ | |
| No.3 分1 朝食後 | 14日 | 63点 | × | No.1と同一服用方法のため算定不可 |

(事例2)

| 服用方法 | 投与日数 | 調剤料 | 算定可否 | 備考 |
|--------------|------|-----|------|--------------------|
| No.1 分1 朝食後 | 14日 | 63点 | ○ | |
| No.2 分2 朝夕食後 | 14日 | 63点 | ○ | |
| No.3 分1 朝食後 | 14日 | 63点 | × | No.1と同一服用方法のため算定不可 |
| No.4 分1 夕食後 | 7日 | 0点 | ○ | No.3を振替え35点へ |

イ 同一服用方法で錠剤と散剤（いずれも固形剤）による算定

(事例)

| 服用方法 | 投与日数 | 調剤料 | 算定可否 | 備考 |
|-----------------|------|-----|------|----------------------------------|
| No.1 分1 朝食後（錠剤） | 14日 | 63点 | ○ | |
| No.2 分1 朝食後（散剤） | 14日 | 63点 | × | No.1錠剤とNo.2散剤は固形剤のため、いずれか一方のみの算定 |
| No.3 分1 朝食後（液剤） | 14日 | 63点 | ○ | |

ウ 服用方法が異なる（使用量（投与量）のみによる増減）漸減（漸増）療法による調剤料の算定

(事例1)

| 服用方法 | 投与日数 | 調剤料 | 算定可否 | 備考 |
|--------------|------|-----|------|--|
| No.1 分2 朝夕食後 | 14日 | 63点 | ○ | |
| No.2 分2 朝夕食後 | 7日 | 63点 | ○ | No.2とNo.3は同一薬剤のためNo.2にて調剤料(14日)を算定 No.2 分2 朝夕食後からNo.3分1 朝食後へ服用方法が異なっているため算定可能 |
| No.3 分1 朝食後 | 7日 | 0点 | | |

(事例2)

| 服用方法 | 投与日数 | 調剤料 | 算定可否 | 備考 |
|------------------------------|------|-----|------|--|
| No.1 分2 朝夕食後 | 14日 | 63点 | ○ | |
| No.2 分2 朝夕食後 分2 朝2錠 夕食後2錠 | 7日 | 63点 | × | No.2とNo.3は同一薬剤のためNo.2にて調剤料(14日)を算定 No.2とNo.3は服用方法が異なっていないため算定不可 |
| No.3 分2 朝夕食後 分2 朝1錠 夕食後1錠 | 7日 | 0点 | | |

(2) 薬学管理料の算定に関するもの

薬剤服用暦管理指導料の算定がない特定薬剤管理指導加算のみの算定

(3) 加算料の算定に関するもの

調剤料の算定がない後発加算の算定

7 処方せん発行医療機関コード欄の記載及び旧様式の取り繕い

(1) 処方せん発行医療機関コード欄の記載

「都道府県」欄、「点数表番号」欄及び「医療機関コード」欄については、平成22年10月1日以降発行された処方せんを受け付けた際には、記載をすることとなっていますが、記載の場合には、処方せんに記載のある医療機関コード等をご確認のうえ記載願います。(「参考1」を参照。)

記載例 県番号(2桁)

「28」(兵庫県の番号)

点数表番号(1桁)

「1」または「3」(医科または歯科の表別)

医療機関コード(7桁)「△△○○○○○」(前2桁は医療機関所在地の地区番号)

(2) 調剤報酬明細書の旧様式の取り繕い

旧様式の記載は、「参考2」の取り繕い例を参考として、調剤報酬明細書の「保険医療機関の所在地及び名称」欄に「都道府県番号」、「点数表番号」及び「医療機関コード」欄を設けて取り繕いのうえ確実に記載していただきますようお願いいたします。

8 診療報酬明細書返戻（取下げ）依頼書

診療報酬等を請求後、保険医療機関等から返戻を依頼する場合、診療報酬明細書返戻（取下げ）依頼書を提出してください。

また、21 ページの「診療報酬明細書返戻（取下げ）依頼書」をコピーし、記載の上提出も可能です。

なお依頼した明細書が返戻されてから、正しい明細書を提出してください。

診療報酬明細書返戻(取下げ)依頼書

【保険医療機関】

依頼日 年 月 日

| | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|-----------|---|--|--|--|--|--|--|--|-----|-----|-----|-----|-----|
| コード番号 | 2 | 8 | | | | | | | | 1医科 | 3歯科 | 4調剤 | 5施設 | 6看護 |
| 所在地 名称 開設者氏名 電話番号 | (内線 担当者) | | | | | | | | | | | | | |

下記のレセプトを返戻してください。

記

| | | | | | | | |
|-------|-----|-----|---------|---------|----|----|----|
| 診療年月 | 年 | 月分 | 明細書請求年月 | 年 | 月 | | |
| 保険者番号 | | | 公費負担者番号 | | | | |
| 記号・番号 | | | 受給者番号 | | | | |
| 患者氏名 | 診療科 | 科 | 入院 | 入院外 | 給付 | 割 | |
| 請求点数 | 点 | 実日数 | 日 | 明・大・昭・平 | 年 | 月 | 日生 |
| 申し出理由 | | | | | | 区分 | |

| | | | | | | | |
|-------|-----|-----|---------|---------|----|----|----|
| 診療年月 | 年 | 月分 | 明細書請求年月 | 年 | 月 | | |
| 保険者番号 | | | 公費負担者番号 | | | | |
| 記号・番号 | | | 受給者番号 | | | | |
| 患者氏名 | 診療科 | 科 | 入院 | 入院外 | 給付 | 割 | |
| 請求点数 | 点 | 実日数 | 日 | 明・大・昭・平 | 年 | 月 | 日生 |
| 申し出理由 | | | | | | 区分 | |

| | | | | | | | |
|-------|-----|-----|---------|---------|----|----|----|
| 診療年月 | 年 | 月分 | 明細書請求年月 | 年 | 月 | | |
| 保険者番号 | | | 公費負担者番号 | | | | |
| 記号・番号 | | | 受給者番号 | | | | |
| 患者氏名 | 診療科 | 科 | 入院 | 入院外 | 給付 | 割 | |
| 請求点数 | 点 | 実日数 | 日 | 明・大・昭・平 | 年 | 月 | 日生 |
| 申し出理由 | | | | | | 区分 | |

| | | | | | | | |
|-------|-----|-----|---------|---------|----|----|----|
| 診療年月 | 年 | 月分 | 明細書請求年月 | 年 | 月 | | |
| 保険者番号 | | | 公費負担者番号 | | | | |
| 記号・番号 | | | 受給者番号 | | | | |
| 患者氏名 | 診療科 | 科 | 入院 | 入院外 | 給付 | 割 | |
| 請求点数 | 点 | 実日数 | 日 | 明・大・昭・平 | 年 | 月 | 日生 |
| 申し出理由 | | | | | | 区分 | |

| | | | | | | | |
|-------|-----|-----|---------|---------|----|----|----|
| 診療年月 | 年 | 月分 | 明細書請求年月 | 年 | 月 | | |
| 保険者番号 | | | 公費負担者番号 | | | | |
| 記号・番号 | | | 受給者番号 | | | | |
| 患者氏名 | 診療科 | 科 | 入院 | 入院外 | 給付 | 割 | |
| 請求点数 | 点 | 実日数 | 日 | 明・大・昭・平 | 年 | 月 | 日生 |
| 申し出理由 | | | | | | 区分 | |

※ 記載方法等(区分欄は記入しないでください。)

- レセプト請求当月分と以前分とは、分けて作成してください。また、同一患者で複数月ある場合は連続して記入してください。
- すでに国保連へ請求したレセプト内容(返戻依頼するレセプト内容)をそのまま記入してください。
- 保険者(老健の場合は、実施主体者)別に作成してください。
- 「入院・入院外」欄は、該当番号を○で囲んでください。(「1 本人」「2 本外」等)
- 福祉医療費請求書の割合は、負担割合でなく給付割合を記入してください。
- 「申し出理由」欄は、具体的に記入してください。
- 依頼したレセプトが、返戻されてから、正しいレセプトを提出してください。(重複請求とならないため)
- 減点査定レセプトの場合、返戻依頼の申し出があっても返戻出来ない場合がありますので、あらかじめご了承ください。
- 件数が多く特殊等の場合は、事前にご連絡ください。また、行き違いで先にレセプトが手元に戻った場合もご連絡ください。

9 兵庫県保険者番号等一覧表

兵庫県保険者番号等一覧表

1 国民健康保険・保険者名及び保険者番号

【29市・12町・10国保組合(全国組織の2国保組合を含む。)]

平成21年12月1日現在

| 保険者名 | 保険者番号 | 患者負担 | | | 保険者名 | 保険者番号 | 患者負担 | | |
|-------|--------|------|------|------|-------------|--------|------|------|------|
| | | 精神 | 結核 | | | | 精神 | 結核 | |
| | | 法別21 | 法別10 | 法別11 | | | 法別21 | 法別10 | 法別11 |
| (神戸市) | 284000 | | | | 養父市 | 280651 | | | |
| 東灘区 | 284018 | 注 | | | 朝来市 | 280701 | | | |
| 灘区 | 284026 | 注 | | | 丹波市 | 280735 | | | |
| 中央区 | 284034 | 注 | | | 篠山市 | 280792 | | | |
| 兵庫区 | 284059 | 注 | | | 淡路市 | 280867 | | | ○ |
| 長田区 | 284067 | 注 | | | 南あわじ市 | 280933 | | | ○ |
| 須磨区 | 284075 | 注 | | | 豊岡市 | 280958 | | | ○ |
| 垂水区 | 284083 | 注 | | | (郡部) | | | | |
| 北区 | 284091 | 注 | | | 猪名川町 | 280222 | | | |
| 北須磨支所 | 284109 | 注 | | | 多可町 | 280271 | | | ○ |
| 西区 | 284117 | 注 | | | 稲美町 | 280313 | | | ○ |
| (市部) | | | | | 播磨町 | 280321 | | | ○ |
| 姫路市 | 280024 | | ○ | | 市川町 | 280370 | | | ○ |
| 尼崎市 | 280032 | | ○ | | 福崎町 | 280396 | ○ | | ○ |
| 明石市 | 280040 | | ○ | | 神河町 | 280404 | ○ | | ○ |
| 西宮市 | 280057 | | ○ | | 太子町 | 280420 | | | ○ |
| 洲本市 | 280065 | | ○ | | 上郡町 | 280453 | | | ○ |
| 芦屋市 | 280073 | | ○ | ○ | 佐用町 | 280461 | | | ○ |
| 伊丹市 | 280081 | | ○ | | 香美町 | 280578 | | | |
| 相模生市 | 280099 | ○ | ○ | | 新温泉町 | 280628 | | | |
| 加古川市 | 280115 | | ○ | | (国保組合) | | | | |
| 赤穂市 | 280131 | ○ | ○ | | 兵庫食糧 | 283010 | | | |
| 西脇市 | 280149 | | ○ | | 明石浦 | 283028 | | | |
| 宝塚市 | 280156 | | ○ | | 神戸中央卸売市場 | 283036 | | | |
| 三木市 | 280164 | | ○ | | 兵庫県食品 | 283051 | | | |
| 高砂市 | 280172 | | ○ | | 兵庫県歯科医師 | 283069 | | | |
| 川西市 | 280180 | | ○ | | 兵庫県医師 | 283077 | ○ | ○ | |
| 小野市 | 280198 | | ○ | | 兵庫県薬剤師 | 283085 | ○ | ○ | ○ |
| 三田市 | 280206 | | ○ | | 兵庫県建設 | 283093 | | | |
| 加西市 | 280214 | | ○ | | (全国組織の国保組合) | | | | |
| 加東市 | 280248 | | ○ | | *全国土木建築 | 133033 | ○ | ○ | ○ |
| たつの市 | 280438 | | ○ | | *全国建設工事業 | 133298 | | | |
| 宍粟市 | 280503 | | | | | | | | |

一部負担金割合等

- (1) 市・郡部の保険者…世帯主・非世帯主とも3割
- (2) 国保組合の保険者…組合員・その他とも3割
- (3) 義務教育就学前…2割
- (4) 高齢受給者…高齢受給者証に示す割合(2割(ただし、平成23年3月31日までは1割)又は3割)
- (5) 「○」は、精神通院医療(法別21)、結核患者の適正医療(法別10)及び入院(法別11)の患者負担はありません。
- (6) 「注」は、精神通院医療(法別21)の患者負担が軽減となっています。

※「保険者名」、「保険者番号」、「一部負担金」等は、被保険者証又は高齢受給者証等を必ず確認してください。

<診療報酬等の受付について>

- ◎受付締切日…毎月10日(土・日・祝日も実施)
- ◎受付協力日…毎月8日(平日のみ)
- ◎受付場所(11階)
 - ・医科・歯科 11階大会議室…毎月7日～10日(7日～9日は平日のみ)
 - 各担当係…毎月1日～6日(平日のみ)
 - ・調剤 調剤担当執務室…毎月1日～10日(1日～9日は平日のみ)

<レセプト電算処理システムについて>

- ◎参加に御協力をお願いいたします。

平成23年度には、一部を除き全ての保険医療機関においてオンライン請求となり、オンライン請求を行うためには、レセプト電算処理システムが必須となります。

兵庫県国民健康保険団体連合会

〒650-0021
神戸市中央区三宮町1丁目9番1-1801号(センタープラザ11階・15階・16階・17階・18階)
TEL(078)332-5601(代表) FAX(078)332-0986

2 後期高齢者医療・市区町名及び保険者番号
【29市・12町】

平成21年12月1日現在

| 保険者名 | 保険者番号 | 保険者名 | 保険者番号 | 保険者名 | 保険者番号 |
|-------|----------|-------|----------|------|----------|
| (神戸市) | 39281001 | 伊丹市 | 39282074 | 淡路市 | 39282264 |
| 東灘区 | 39281019 | 相生市 | 39282082 | 宍粟市 | 39282272 |
| 灘区 | 39281027 | 豊岡市 | 39282090 | 加東市 | 39282280 |
| 兵庫区 | 39281050 | 加古川市 | 39282108 | たつの市 | 39282298 |
| 長田区 | 39281068 | 赤穂市 | 39282124 | (郡部) | |
| 須磨区 | 39281076 | 西脇市 | 39282132 | 猪名川町 | 39283015 |
| 垂水区 | 39281084 | 宝塚市 | 39282140 | 多可町 | 39283650 |
| 北区 | 39281092 | 三木市 | 39282157 | 稲美町 | 39283817 |
| 中央区 | 39281100 | 高砂市 | 39282165 | 播磨町 | 39283825 |
| 西区 | 39281118 | 川西市 | 39282173 | 市川町 | 39284427 |
| 北須磨支所 | 39281209 | 小野市 | 39282181 | 福崎町 | 39284435 |
| (市部) | | 三田市 | 39282199 | 神河町 | 39284468 |
| 姫路市 | 39282017 | 加西市 | 39282207 | 太子町 | 39284641 |
| 尼崎市 | 39282025 | 篠山市 | 39282215 | 上郡町 | 39284815 |
| 明石市 | 39282033 | 養父市 | 39282223 | 佐用町 | 39285010 |
| 西宮市 | 39282041 | 丹波市 | 39282231 | 香美町 | 39285853 |
| 洲本市 | 39282058 | 南あわじ市 | 39282249 | 新温泉町 | 39285861 |
| 芦屋市 | 39282066 | 朝来市 | 39282256 | | |

一部負担金割合等
 (1) 「現役並み所得者」…3割
 (2) 「一般」、「低所得者Ⅱ」及び「低所得者Ⅰ」…1割

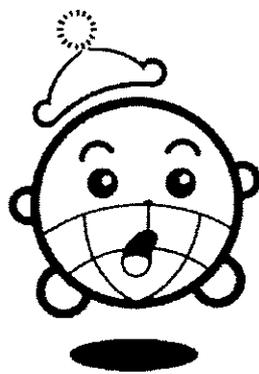
※「保険者番号」、「一部負担金」等は、被保険者証を必ず確認してください。

3 後期高齢者医療広域連合番号

| 都道府県名 | 広域連合番号 | 都道府県名 | 広域連合番号 | 都道府県名 | 広域連合番号 |
|-------|----------|-------|----------|-------|----------|
| 北海道 | 39010004 | 石川県 | 39170006 | 岡山県 | 39330006 |
| 青森県 | 39020003 | 福井県 | 39180005 | 広島県 | 39340005 |
| 岩手県 | 39030002 | 山梨県 | 39190004 | 山口県 | 39350004 |
| 宮城県 | 39040001 | 長野県 | 39200001 | 徳島県 | 39360003 |
| 秋田県 | 39050000 | 岐阜県 | 39210000 | 香川県 | 39370002 |
| 山形県 | 39060009 | 静岡県 | 39220009 | 愛媛県 | 39380001 |
| 福島県 | 39070008 | 愛知県 | 39230008 | 高知県 | 39390000 |
| 茨城県 | 39080007 | 三重県 | 39240007 | 福岡県 | 39400007 |
| 栃木県 | 39090006 | 滋賀県 | 39250006 | 佐賀県 | 39410006 |
| 群馬県 | 39100003 | 京都府 | 39260005 | 長崎県 | 39420005 |
| 埼玉県 | 39110002 | 大阪府 | 39270004 | 熊本県 | 39430004 |
| 千葉県 | 39120001 | 兵庫県 | 39280003 | 大分県 | 39440003 |
| 東京都 | 39130000 | 奈良県 | 39290002 | 宮崎県 | 39450002 |
| 奈良県 | 39140009 | 和歌山県 | 39300009 | 鹿児島県 | 39460001 |
| 新潟県 | 39150008 | 鳥取県 | 39310008 | 沖縄県 | 39470000 |
| 富山県 | 39160007 | 島根県 | 39320007 | | |

4 法別番号及び医療種別

| 法別番号 | 医療種別 | 法別番号 | 医療種別 |
|------|-----------------------|------|-------------------|
| 10 | 感染症法第37条の2(結核患者の適正医療) | 41 | 老人医療費(老)県 |
| 11 | 感染症法第37条(結核患者の入院) | 42 | 老人医療費(老)市・町 |
| 12 | 生活保護法 | 43 | 重度精神障害者医療(障)県 |
| 13 | 戦傷病者(療養の給付) | 44 | 重度精神障害者医療(障)市・町 |
| 14 | 戦傷病者(更生医療) | 51 | 特定疾患治療費(特) |
| 15 | 障害者自立支援医療(更生医療) | 52 | 小児慢性治療費(特) |
| 16 | 障害者自立支援医療(育成医療) | 53 | 児童福祉法(措置児童医療) |
| 17 | 児童福祉(療養の給付) | 58 | 高齢重度心身障害者医療(高)県 |
| 18 | 原爆医療(認定医療) | 59 | 高齢重度心身障害者医療(高)市・町 |
| 19 | 原爆医療(一般医療) | 66 | 石綿被害者医療 |
| 20 | 精神保健法第29条(措置入院) | 67 | 退職者医療 |
| 21 | 障害者自立支援医療(精神通院医療) | 68 | 高齢重度精神障害者医療(高)県 |
| 22 | 麻薬取締法 | 69 | 高齢重度精神障害者医療(高)市・町 |
| 23 | 母子保健(養育医療) | 79 | 障害児施設医療 |
| 24 | 療養介護医療 | 80 | 乳幼児等医療費(乳)県 |
| 25 | 中国残留邦人 | 81 | 乳幼児等医療費(乳)市・町 |
| 27 | 老人保健 | 82 | 重度心身障害者医療(障)県 |
| 28 | 一類感染症等の患者の入院 | 83 | 重度心身障害者医療(障)市・町 |
| 29 | 新感染症の患者の入院 | 84 | 母子家庭等医療費(母)市・町 |
| 30 | 心神喪失等 | 85 | 母子家庭等医療費(母)県 |
| 38 | 肝炎治療費 | 86 | 難病特疾治療(難) |
| 39 | 後期高齢者医療 | | |



国保キャラクター
「コッケン」