

妊婦・乳児・産婦健康診査・新生児聴覚検査  
請求マニュアル

令和7年10月版

島根県国民健康保険団体連合会

# 目 次

## I 請求について

1. 請求方法	1 頁
2. 留意事項	2 頁
3. 記入例	3 頁

## II 返戻通知と支払等について

1. 返戻通知	4 頁
2. 支払	4 頁
3. 取下げ方法	4 頁
4. 過誤結果通知	4 頁

## III 様 式 集

診療報酬等総括票	6 頁
診療報酬等支払通知書（島根県内実施機関宛）	7 頁
診療報酬等支払通知書（島根県外実施機関宛）	8 頁
増減点等及び返戻通知書	9 頁
過誤結果通知書	10 頁
診療報酬明細書等取下げ依頼書	11 頁

本マニュアルは、本会ホームページ（<https://www.shimane-kokuho.or.jp>）  
にも掲載しています。

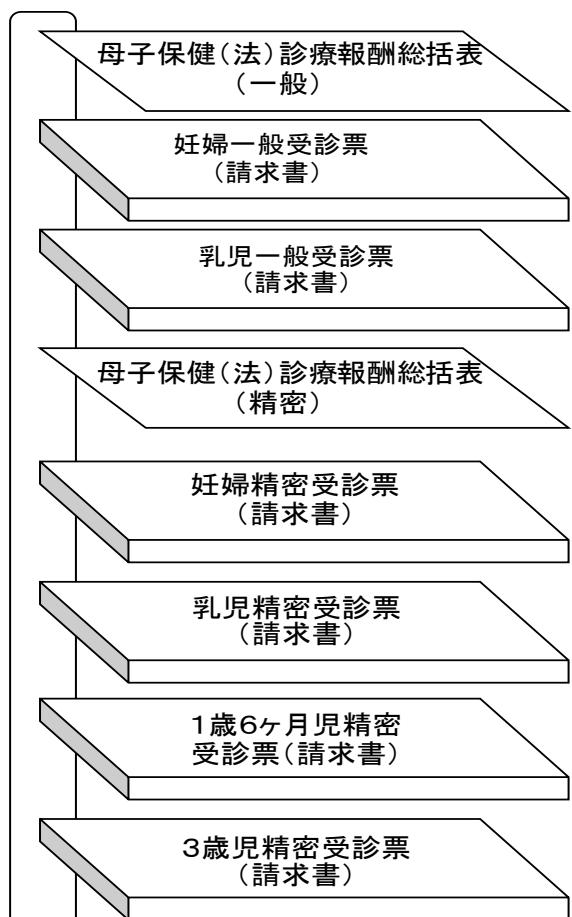
## I 請求について

### 1. 請求方法

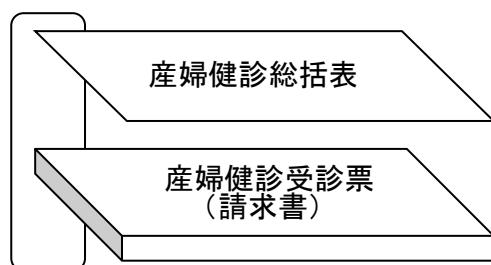
「診療報酬等総括表」、実施市町村ごとに作成した「母子保健（法）診療報酬総括表（一般、精密）」「産婦健康診査総括表」「新生児聴覚検査総括表」及び受診票を、毎月10日までに提出してください。「診療報酬等総括表」は、本会ホームページからダウンロードできます。

記入方法については、記入例（2頁）をご参照ください。

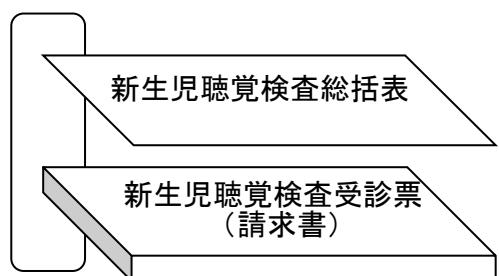
#### 【妊娠、乳児健診分】



#### 【産婦健診分】



#### 【新生児聴覚分】



#### 問い合わせ先

〒690-0825

島根県松江市学園一丁目7番14号

島根県国民健康保険団体連合会 審査課

T E L : 0852-21-2114

F A X : 0852-21-3550

E-mail: [sinsa@shimane-kokuho.or.jp](mailto:sinsa@shimane-kokuho.or.jp)

## 2. 留意事項

妊婦一般健康診査、乳児一般健康診査、妊婦精密健康検査、乳児精密健康診査、産婦健康診査、新生児聴覚検査の請求時には、以下の点にご留意ください。

### 総括表

- 次の項目について、記入漏れがないか確認のうえ、提出してください。
  - ・請求年月
  - ・市町村国保コード（実施市町村番号）
  - ・医療機関コード（実施機関番号）
  - ・保険医療機関（実施機関）の所在地、名称、開設者名
  - ・件数
  - ・請求額
- 請求書と受診票の区分番号が一致していることを確認ください。
- 請求額に誤りがないか確認ください。
- 母子保健（法）診療報酬総括表について、一般健康診査と精密健康診査はそれぞれ別に総括表を添付してください。

### 受診票

- 次の項目について、記入漏れがないか確認のうえ、提出してください。
  - ・対象者氏名、生年月日
  - ・担当者氏名
  - ・健診実施日
  - ・請求年月日
  - ・委託医療機関（実施医療機関）の住所、名称、氏名
  - ・検査結果
  - ・請求額
- 健診対象者の生年月日等は、明確に記入されているか必ず確認ください。

### 3. 記入例

請求月をご記入ください。

令和〇〇年〇〇月分 診療報酬等総括票

助産院は本会から通知する実施機関番号をご記入ください。

保険医療機関等コード	3219999999
保険医療機関等名	〇〇病院

(国民健康保険)

保険者名	件 数	保険者名	件 数
松江市		左官タイル	
浜田市		全国板金	
出雲市			
益田市			
大田市			
安来市			
江津市			
雲南市			
川本町			
津和野町			
海士町			
西ノ島町			
知夫村			
奥出雲町			
飯南町		県外計	
美郷町		(後期高齢者医療)	
邑南町		県名	後期高齢件数
吉賀町		島根県	
隱岐の島町			
島根県医師国保組合			
県内計		計	

(地方単独医療費等)

一般・精密ごとに  
件数を集計してください。

	件 数		
乳幼児等医療（社保分）		妊婦・乳児一般健康診査	
福祉医療（社保分）		妊婦・乳児等精密健康診査	
新生児聴覚検査		産婦健康診査	

## II 返戻通知と支払等について

### 1. 返戻通知

審査の結果、返戻となった場合は、請求月の翌月初めに「増減点等及び返戻通知書」でお知らせし、当該受診票を返送します。

### 2. 支払

支払額が決定した健康診査等の費用は、原則、請求の翌月20日に本会登録済みの口座に振り込みます。

本会に口座情報の届出を行う場合は、「診療報酬等費用の請求及び受領に関する届」に必要事項を記入の上、提出してください。「診療報酬等費用の請求及び受領に関する届」は、本会ホームページからダウンロードできます。

なお、支払額については、「診療報酬等支払通知書」により振込日までに通知します。「診療報酬等支払通知書」は、島根県内実施機関宛と島根県外実施機関宛で様式が異なります。

### 3. 取下げ方法

取下げが必要となった場合は、本会に「診療報酬明細書等取下げ依頼書」を提出（郵送）してください。「診療報酬明細書等取下げ依頼書」は、本会ホームページからダウンロードできます。

なお、取下げ結果については、次の通知書でお知らせします。

- (1) 請求と同一月処理の場合…「増減点等及び返戻通知書」
- (2) 過月請求分処理の場合 …「過誤結果通知書」

### 4. 過誤結果通知

支払後、資格喪失等により支払額に異動が生じた場合は、「過誤結果通知書」でお知らせします。

# III 様式集

令和 年 月分 診療報酬等総括票

保険医療機関等コード	
保険医療機関等名	

(国民健康保険)

保険者名	件 数	保険者名	件 数
松江市		左官タイル	
浜田市		全国板金	
出雲市			
益田市			
大田市			
安来市			
江津市			
雲南市			
川本町			
津和野町			
海士町			
西ノ島町			
知夫村			
奥出雲町			
飯南町		県外計	
美郷町		(後期高齢者医療)	
邑南町		県名	後期高齢件数
吉賀町		島根県	
隱岐の島町			
島根県医師国保組合			
県内計		計	

(地方単独医療費等)

	件 数		件 数
乳幼児等医療（社保分）		妊婦・乳児一般健康診査	
福祉医療（社保分）		妊婦・乳児等精密健康診査	
新生児聴覚検査		産婦健康診査	

元

令和 年 月 日作成

金融機関名	
支 店 名	
預金名義者名	
口 座 番 号	

様

機関番号

区分		件 数	点 数	金 額
国民健康保険	七十歳以上	入院	当初 過誤 確定	
		食事生活	当初 過誤 確定	
		入院外	当初 過誤 確定	
	一般被保険者	入院	当初 過誤 確定	
		食事生活	当初 過誤 確定	
		入院外	当初 過誤 確定	
	未就学者	入院	当初 過誤 確定	
		食事生活	当初 過誤 確定	
		入院外	当初 過誤 確定	
後期高齢者医療	入院	当初 過誤 確定		
	食事生活	当初 過誤 確定		
	入院外	当初 過誤 確定		

区分		件 数	金 額	
公費負担医療	国民健康保険	療養	当初 過誤 確定	
		食事生活	当初 過誤 確定	
		療養	当初 過誤 確定	
	後期高齢者医療	食事生活	当初 過誤 確定	
		福祉医療	当初 過誤 確定	
		乳幼児医療 ( 子ども医療を含む )	当初 過誤 確定	
		福祉医療 ( 後期高齢者医療 )	当初 過誤 確定	
	妊婦・乳児・産婦健康診査	妊婦・乳児・産婦健康診査	当初 過誤 確定	
		指定公費	当初 過誤 確定	
支 払 確 定 額				
引 去 合 計				
差 引 振 込 金 額				

引 去 種 别	金 額
医師国保組合保険料	
松江市医師会会費	
松江市医師会検査料	

退職者医療分は国民健康保険欄に計上。

令和 年 月 日 に上記金額を貴口座へ振り込みますので通知します。

松江市学園一丁目7番14号

島根県国民健康保険団体連合会

# 令和 年 月分 診療報酬等支払通知書

元

令和 年 月 日作成

様

金融機関名	
支店名	
預金名義者名	
口座番号	

機関番号

区分		当 初 決 定	過 誤 調 整	支 払 確 定
福祉医療	件 数			
	金 額			
乳幼児医療 (子ども医療を含む)	件 数			
	金 額			
福祉医療 (後期高齢者医療)	件 数			
	金 額			
妊婦・乳児・産婦 健 康 診 査	件 数			
	金 額			
支 払 確 定 額				

令和 年 月 日 に上記金額を貴口座へ振り込みますので通知します。

松江市学園一丁目7番14号  
島根県国民健康保険団体連合会

増減点等及び返戻通知書  
月審査分  
様

島根県国民健康保険団体連合会  
令和年月日 作成 / 頁

※内容についてのお問い合わせ先、国保連合会 番查課 第1係/第2係 0852-21-2114

# 過誤結果通知書 月調整分 様

医療機関番号

※内容についてのお問い合わせ先、国保連合会 齋藤課 第55係 0852-21-2163

保険医療機関等コード

保険医療機関等名

電話番号

## 診療報酬明細書等取下げ依頼書

点数表等	医科 · 歯科 · 調剤 · 訪問看護 · 柔道整復 · 健診
区分	国保 · 後期高齢者 · 福祉のみ(社保分) 乳幼児のみ(社保分) · 健診( 妊婦 · 産婦 · 乳児 )
保険者番号	被保険者証記号・番号 被保険者番号
公費負担者番号	公費受給者番号
性別	男 · 女
フリガナ	生年月日
氏名	明治 · 大正 昭和 · 平成 令和 年 月 日

診療年月	提出年月	入外区分	請求点数
平成・令和 年 月	平成・令和 年 月	入 · 外	
平成・令和 年 月	平成・令和 年 月	入 · 外	
平成・令和 年 月	平成・令和 年 月	入 · 外	
平成・令和 年 月	平成・令和 年 月	入 · 外	
平成・令和 年 月	平成・令和 年 月	入 · 外	

## 理由

1. 保険変更のため  
(電子請求レセプトの取下げについて、振替・分割されていないことをご確認の上、依頼願います)

## 4. 診療内容の変更

※4の場合、診療内容をどのように変更されるか以下にご記載ください。  
例) 診療情報提供料(I)で算定していたが、診療情報提供料(II)に変更

2. 労災適用のため

3. 他法併用のため

取下げの理由は減点にかかる内容ではありません。

上記内容に同意します。□

※取下げ依頼されるレセプトに減点がある場合、チェックをお願いします。