

令和8年度

診療報酬等 請求の手引き

発行 / 令和8年5月



島根県国民健康保険団体連合会

目 次

第1部 診療報酬等

1. 提出期限	1
2. 請求方法	2
(1) オンラインによる請求	2
(2) 光ディスク等による請求	6
(3) 書面による請求	9
3. 審査結果にかかる通知等	16
(1) 増減点等及び返戻通知書	17
(2) 資格確認結果連絡書	18
(3) 過誤結果通知書	20
(4) 再審査結果通知書	21
4. 取下げ・再審査	22
(1) レセプトの取下げ	22
(2) 再審査請求	24
5. レセプト記入例	26
(事例1) 国保・単独・70歳未満・区分ア・高額未発生	26
【留意点】 本人・家族欄種別番号と給付割合について	
(事例2) 国保・単独・70歳未満・区分ア・高額発生	27
(事例3) 国保・単独・「02長」あり・70歳未満・区分ウ・高額発生	28
【留意点】 特記事項欄の「02長」又は「16長2」記入について	
(事例4) 国保・公費10併用・70歳未満・区分イ・高額発生①	29
(事例5) 国保・公費10併用・70歳未満・区分イ・高額発生②	30
(事例6) 国保・公費15併用・70歳未満・区分ウ・高額発生	31
(事例7) 国保・公費15併用・「02長」あり・70歳未満・区分エ・高額発生	32
【留意点】 特記事項「02長」、「16長2」の記入について	
(事例8) 国保・公費15併用・70歳未満・区分オ・高額発生①	33
(事例9) 国保・公費15併用・70歳未満・区分オ・高額発生②	34
(事例10) 国保・公費15併用・70歳未満・区分オ・高額発生③	35
(事例11) 国保・公費54併用・70歳未満・区分ウ・高額未発生	36
【留意点】 難病の患者に対する医療等に関する法律（難病法）について	
(事例12) 国保・公費54併用・70歳未満・区分エ・高額発生	37
(事例13) 国保・公費54併用・70歳未満・区分エ・高額発生	38
(事例14) 国保・公費54併用・70歳未満・区分ウ・高額発生	39
(事例15) 国保・単独・高齢受給者・区分エ・高額未発生	40
【留意点】 高齢受給者（70歳～74歳）にかかる窓口負担額について	
「本人・家族」、「給付割合」及び「特記事項」欄の不一致について	

(事例16) 国保・単独・高齢受給者・区分才・高額発生	41
【留意点】 摘要欄への所得区分の記入について	
(事例17) 国保・公費10併用・高齢受給者・区分工・高額未発生	42
(事例18) 国保・公費10併用・高齢受給者・区分工・高額発生	43
(事例19) 国保・公費54併用・高齢受給者・区分才・高額発生	44
(事例20) 国保・公費54併用・高齢受給者・区分工・高額発生	45
(事例21) 国保・単独・高齢受給者・区分ウ・75歳到達月・高額発生	46
【留意点】 75歳到達月における記入事項①	
(事例22) 後期高齢・単独・区分キ・75歳到達月・高額発生	47
【留意点】 75歳到達月における記入事項②	
【参考1】 自己負担割合と高額療養費制度における自己負担限度額	48
【参考2】 第三者の不法行為にかかるレセプト	49
交通事故等による傷病届（事故はがき）	50

第2部 地方単独医療費

1. 提出期限	51
2. 請求方法	51
3. 請求書の返戻	51
4. 様式・記入項目及び記入例	52
(様式)	
○福祉医療費請求書（社保分）	52
○乳幼児等医療費請求書（社保分）	53
(記入項目)	
○記入項目説明	54
○福祉医療費及び乳幼児等医療費電子請求ファイルレイアウト（社保分）	55
(記入例)	
○社保分 福祉及び乳幼児等医療費電子媒体貼付ラベル記入例	56
○福祉（乳幼児等）医療費請求書（社保分）電子請求にかかる電子媒体等送付書	57
○福祉医療記入例（医科・歯科）	58
○福祉医療記入例（調剤）	62
○乳幼児等医療記入例（医科・歯科）	65
○乳幼児等医療記入例（調剤）	68
【参考】 島根県・市町村単独医療費助成事業における福祉医療と乳幼児等医療の併用に係る取り扱いについて	70

巻末

請求に関するQ&A	71
-----------	----

第1部

診療報酬等

1. 提出期限

(1) オンラインによる請求

レセプトデータは、毎月10日までに送信してください。

データ送信後は、毎月12日までに必ず請求確定を行ってください。

ただし、10日までに送信が一度もない場合は請求確定ができません。

※令和6年4月以降、オンラインによる請求が基本的な請求方法となっております。

(2) 光ディスク等及び書面による請求

診療報酬請求書及びレセプト等の提出期限は、毎月10日です。

本会へ持参又は送付 **(10日必着)** してください。

※オンライン請求を行うことが困難な事情として、個別に認められる保険医療機関・薬局は、あらかじめ、審査支払機関に猶予届出書を提出することにより、光ディスク等を用いた請求又は書面による請求を行うことができます。

本会へ持参される場合

受付時間は土曜日、日曜日、祝日を除く8時30分から17時です。

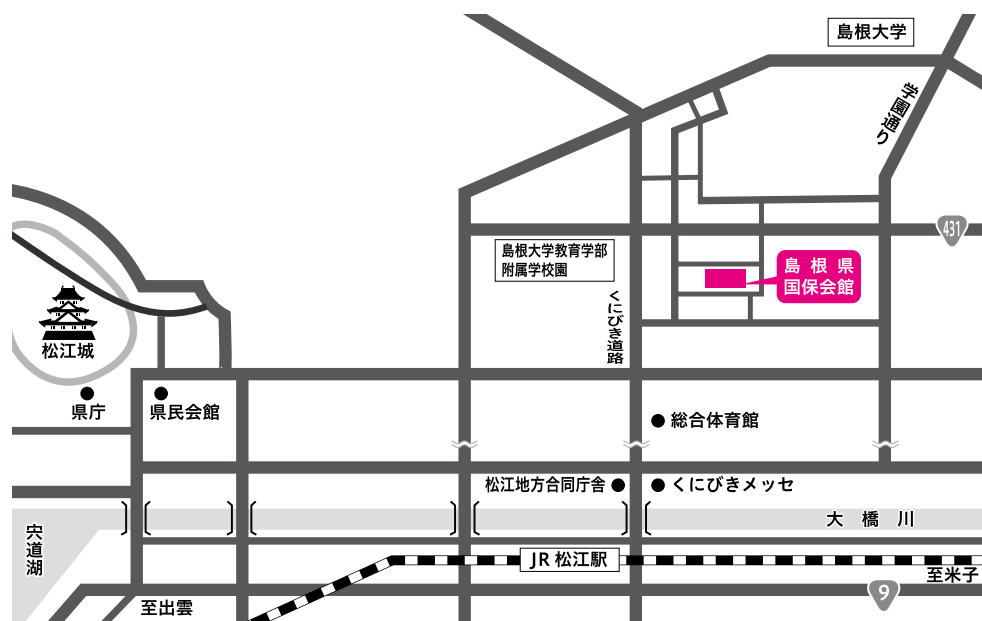
ただし、10日が土曜日、日曜日及び祝日の場合は、事務所を開館して受付します。

なお、受付を行った証明として受領書を発行しています。

提 出 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 宛



2. 請求方法

(1) オンラインによる請求

① 届出

オンラインで請求する場合は、請求開始月の前々月の20日までに「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関する届出」(様式P4)を本会及び支払基金島根審査委員会事務局に提出してください。

併せて、「電子証明書発行等依頼書」(様式P5)を支払基金島根審査委員会事務局に提出してください。様式は、本会及び支払基金ホームページからダウンロードできます。

◇「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関する届出」

【本会ホームページ】

保険医療機関・保険薬局のみなさま → 各種様式

◇「電子証明書発行等依頼書」

【支払基金ホームページ】

様式集 → 医療機関・薬局・訪問看護ステーションの方 → オンライン請求システム

② 確認試験 (任意)

エラーの有無等を確認したい場合は、請求前に確認試験を行うことができます。本会へレセプトデータを「確認試験」ボタンで送信すると、エラーチェックの結果が返信されます。

なお、この確認試験についての届出は不要です。

※確認試験が実施可能な期間は、毎月5日から月末の8時から21時までです。

③ 請求

レセプトデータをオンラインで送るほか、以下については書面により提出してください(編綴方法はP9参照)。

- ・診療報酬等総括票
- ・特別療養費に係るレセプト
- ・福祉医療費請求書(社保分)※1
- ・乳幼児等医療費請求書(社保分)※1
- ・妊婦一般受診票(請求書)
- ・乳児一般受診票(請求書)
- ・妊婦精密受診票(請求書)
- ・乳児精密受診票(請求書)
- ・1歳6ヶ月児精密受診票(請求書)

注 意

特別療養費対象者の診療に係るレセプトを作成した場合は、レセプトの上部余白に「特別療養費」と朱書きのうえ、診療報酬等総括票の上部余白に「特別療養費〇件」と記入してください。

レセプトは診療報酬等総括票の次に編綴し、請求書は添付しないでください。

- ・ 3歳児精密受診票（請求書）
 - ・ 新生児聴覚検査受診票（請求書）※2
 - ・ 産婦健診受診票（請求書）
- ※1 福祉医療費及び乳幼児等医療費（社保分）は電子媒体でも請求できます。
 ※2 市町村によって名称が異なります。

④ 受付時間

オンライン請求の受付時間は次のとおりです。

- ・ 毎月5日から7日 8時から21時まで
- ・ 毎月8日から10日 8時から24時まで

オンライン請求における返戻と再請求

◇本会からの返戻レセプトは、オンライン請求システムでファイルをダウンロードしてください。

※返戻レセプトファイルは直近3か月分がダウンロード可能です。

◇ダウンロードにより取得した返戻レセプトは、オンラインで再請求してください。

※書面で再請求可能なものは次の返戻付箋が貼付されたレセプトです。

なお、書面で請求される場合は、診療報酬請求書を添付してください。

月 返 戻 付 箋

島根県国保診療報酬審査委員会

この明細書は次の理由によって返戻いたしますので、整備の上、この付箋貼付のまま次月請求分と一緒にご提出下さい。

11. ()番号、 番号もれ、不一致 12. 患者名、生年月日もれ 13. 診療開始日と初診料算定の不一致 14. 診療実日数、入院日数、初診、再診、 外来管理、指導料、往診料の不備、 回数不一致 15. 転帰、治癒月日(第 病) 16. 投薬、注射(薬名、単位、用量)不備 17. 特定薬剤治療管理料の薬剤名、初回 算定年月の不備 18. 公費負担点数もれ、相違 19. 他保険者混入分 ()に混入	20. 県外公費、県外市町村分は別に 請求書を作成して下さい。 21. 重複請求 22. 貴院依頼分 (月 日依頼分) 23. 一部負担金(控除額)以下の請 求は不要です。 24. その他、別記についてご検討下さい。
---	--

記入例

電子情報処理組織の使用による費用の請求に関する届出

電子計算機を使用してこども家庭庁長官及び厚生労働大臣の定める方式に従って電子情報処理組織の使用による費用の請求を（開始・変更）することに関し、届け出ます。

なお、オンライン請求システムに係る安全対策の規程（セキュリティー・ポリシー）を策定した上で、審査支払機関のオンライン請求システム利用規約に同意します。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

島根県国民健康保険団体連合会 御中

住所 松江市学園一丁目7番14号

開設者／代表者

氏名 国保 太郎

医療機関（薬局・指定訪問看護ステーション）コード	9 9 9 9 9 9 9	点数表区分	医科・DPC・歯科・調剤 ・訪問看護	
保険医療機関（薬局・訪問看護ステーション）名	〇〇病院	電話番号	0852-21-2163	
保険医療機関（薬局・訪問看護ステーション）所在地	松江市学園一丁目7番14号	郵便番号	6 9 0 - 0 8 2 5	
レセコンのプログラム名称	KOKUHO-32	請求開始・変更年月	令和〇〇年〇〇月請求分から	
レセコンのソフトメーカー名（プログラムの作成者の氏名）	株式会社 島国保	パソコンの基本ソフト（OS） ・ブラウザ	OS : Windows11 ブラウザ : Microsoft Edge	
電気通信回線	IP - VPN接続（IPv4）	IP - VPN接続（IPv6） （お客さまID：） <input type="checkbox"/> オンライン資格確認と同一回線 <input type="checkbox"/> オンライン資格確認と異なる回線	※受付欄	
	ISDN ダイヤルアップ接続 （ - - ）	インターネット接続 IPsec+IKE提供事業者名 （ ）		
備考				

裏面

作成要領

- この様式は、保険医療機関等又は指定訪問看護事業者が電子情報処理組織の使用による費用の請求を開始又は使用しているプログラム等を変更する場合、審査支払機関に医科、DPC、歯科、調剤及び訪問看護別に作成し提出する。
- 電子情報処理組織の使用による費用の請求を開始又は変更しようとするとき、その別を○で囲む。
- 「点数表区分」欄には、医科、DPC、歯科、調剤及び訪問看護の別を○で囲む。
- 「医療機関（薬局・指定訪問看護ステーション）コード」、「保険医療機関（薬局・訪問看護ステーション）名」、「電話番号」、「保険医療機関（薬局・訪問看護ステーション）所在地」及び「郵便番号」欄には、保険医療機関・保険薬局又は指定訪問看護事業者の指定申請書で届け出た記載内容を記入する。
- 「レセコンのプログラム名称」欄には、レセコンのソフトの名称及びシリーズ名を記入する。
- 「レセコンのソフトメーカー名」欄には、レセコンのソフトメーカー名又はプログラムの作成者の氏名を記入する。
- 「請求開始・変更年月」欄には、電子情報処理組織の使用による費用の請求を開始又は変更しようとするときに、当該診療（調剤）報酬又は訪問看護療養費の請求年月を記入する。
- 「パソコンの基本ソフト（OS）・ブラウザ」欄には、オンライン請求システムの送信機器の基本ソフト名及びブラウザ名を記入する。

＜記載例＞

OS : Windows11 ブラウザ : Microsoft Edge

- 「電気通信回線」欄には、電気通信回線への接続方法がIP - VPN接続（IPv4）、IP - VPN接続（IPv6）、ダイヤルアップ接続（訪問看護は対象外）または、インターネット接続（IPsec+IKE）の別を○で囲む。

なお、ダイヤルアップ接続（ISDN）の場合は、専用電話番号、インターネット接続（IPsec+IKE）の場合は、提供事業者名を記入する。また、IP - VPN接続（IPv6）の場合は、オンライン資格確認と同一回線または、異なる回線の口にチェック「✓」し、「CAF」又は「COP」から始まる「お客さまID」（11～13桁の英数字）を記入する。

- 本届出をオンライン申請する場合は、前項までに準じるものとする。

記入例

電子証明書発行等依頼書

【保険医療機関 保険薬局 特定健康診査・特定保健指導機関 指定訪問看護事業者】

令和 年 月 日

社会保険診療報酬支払基金〇〇審査委員会事務局 御中

電子証明書の発行（失効）を依頼します。

発行等依頼種別	<input checked="" type="radio"/> 新規発行 <input type="radio"/> 失効				依頼枚数	1 枚				
機関種別	<input checked="" type="checkbox"/> 保険医療機関 <input type="checkbox"/> 保険薬局		医療機関 (薬局) コード	都道府県	点数表	機関コード				
	<input type="checkbox"/> 特定健診・特定保健指導機関 <input type="checkbox"/> 指定訪問看護事業者			3	2	1	9	9	9	9
機関名称	(フリガナ) <input type="checkbox"/> ピョウイン 〇〇病院									
所在地	〒 690 - 0825 松江市学園一丁目7番14号									
電話番号	0852 - 21 - 2163			メールアドレス	sinsa@shimane-kokuho.or.jp					
担当部署/担当者名	審査課 国保 花子									
電子証明書の 使用用途 (複数回答可)	<input checked="" type="checkbox"/> レセプトのオンライン請求で使用します。 <input type="checkbox"/> 特定健康診査及び特定保健指導の費用のオンライン請求で使用します。 <input type="checkbox"/> オンライン資格確認等で使用します。									
発行料 (更新料)	<input checked="" type="checkbox"/> 診療報酬支払額等から控除することを希望します。 <input type="checkbox"/> 払込請求書による振込を希望します。 ※払込請求書による振込手数料は、依頼者（申請者）負担となります。 ※機関種別が特定健診・特定保健指導機関の場合には、「払込請求書による振込」を選択してください。									

注：電子証明書は社会保険診療報酬支払基金、国民健康保険団体連合会共通です。

使用 基金 欄	受付		確認	
---------------	----	--	----	--

【作成要領（電子証明書発行等依頼書）】

- この様式は、電子証明書を発行又は失効するとき、機関の所在する社会保険診療報酬支払基金に提出してください。
- 電子証明書発行事務は社会保険診療報酬支払基金で行うので、国民健康保険団体連合会への本様式の提出は不要です。また、電子証明書はレセプトのオンライン請求、特定健診・特定保健指導の費用のオンライン請求及びオンライン資格確認等で使用できます。
- 依頼年月日を記載してください。
- 「発行等依頼種別」欄には、電子証明書を発行又は失効しようとするとき、その別を○で囲んでください。
- 「依頼枚数」欄には電子証明書の「新規発行」又は「失効」を行う、電子証明書の枚数（端末台数）を記入してください。
- 「機関種別」欄には、該当する機関の□にチェックをし、都道府県番号、点数表（医科1・歯科3・調剤4・訪問看護6）及び機関コードを記入してください。
- 「機関名称」、「所在地」欄には、保険医療機関（保険薬局）届、訪問看護ステーション届で届け出た記載内容を記入してください。
- 「電話番号」欄には、担当部署又は担当者の電話番号を記入してください。
- 「メールアドレス」欄にメールアドレスを記入してください。メールアドレスをお持ちでない場合は空白のまま提出してください。
- 「電子証明書の使用用途」欄には、電子証明書を使用する用途の□にチェックをしてください。なお、機関種別が特定健診・特定保健指導機関の場合には、「払込請求書による振込」を選択してください。
- 「発行料（更新料）」欄は、希望する払込方法の□にチェックをしてください。なお、機関種別が特定健診・特定保健指導機関の場合には、「払込請求書による振込」を選択してください。

【留意事項】

- 電子証明書の有効期間は3年3ヵ月です。
- 電子証明書の発行（更新）の際には、発行（更新）料として1,500円（消費税含む）が必要です。
- 電子証明書の発行（更新）料は、電子証明書を申請し、その申請が承認された時点で発生します。
- 保険医療機関（特定健診・特定保健指導を実施している保険医療機関を含む）、保険薬局及び指定訪問看護事業者への発行（更新）料は、電子証明書を申請し承認された月の翌々月に、診療報酬支払額等からの控除又は「電子証明書発行・更新料払込請求書」による振込となります。
- 特定健診・特定保健指導機関への発行（更新）料は、電子証明書を申請し承認された翌々月に、「電子証明書発行・更新料払込請求書」による振込となります。
- 電子証明書の利用者の都合により電子証明書を再発行（新規発行の取扱いとなる。）する場合は、発行料として1,500円が必要となります。
- 更新の際に、依頼書の提出は必要ありません。

(2) 光ディスク等による請求

オンライン請求への移行計画書を提出している医療機関でオンライン請求開始までの期間である場合又は電気通信回線設備の機能に障害が生じた等の理由によりオンライン請求を行うことが困難である旨を届け出た場合、光ディスク等を用いた請求を行うことができます。

【請求方法】

レセプトデータを記録した光ディスク等及び送付書を提出してください。

- ・光ディスク等（様式P7）
- ・光ディスク等送付書（様式P8）

以下については書面により提出してください（編綴方法はP9参照）。

- ・診療報酬等総括票
- ・特別療養費に係るレセプト
- ・福祉医療費請求書（社保分）※1
- ・乳幼児等医療費請求書（社保分）※1
- ・妊婦一般受診票（請求書）
- ・乳児一般受診票（請求書）
- ・妊婦精密受診票（請求書）
- ・乳児精密受診票（請求書）
- ・1歳6ヶ月児精密受診票（請求書）
- ・3歳児精密受診票（請求書）
- ・新生児聴覚検査受診票（請求書）※2
- ・産婦健診受診票（請求書）

※1 福祉医療費及び乳幼児等医療費（社保分）は電子媒体でも請求できます。

※2 市町村によって名称が異なります。

※請求月の中旬に送付する「受付エラー連絡票」に出力されているデータのうちエラーコードが2000番台のものについては、再度請求が必要となるため、エラー内容を確認のうえ、改めて光ディスク等に記録して翌月以降に請求してください。

また、月遅れ分のレセプト（返戻照会分を除く）を請求する場合も、光ディスク等に記録して請求してください。

注 意

特別療養費対象者の診療に係るレセプトを作成した場合は、レセプトの上部余白に「特別療養費」と朱書きのうえ、診療報酬等総括票の上部余白に「特別療養費〇件」と記入してください。

レセプトは診療報酬等総括票の次に編綴し、請求書は添付しないでください。

電子媒体への表記

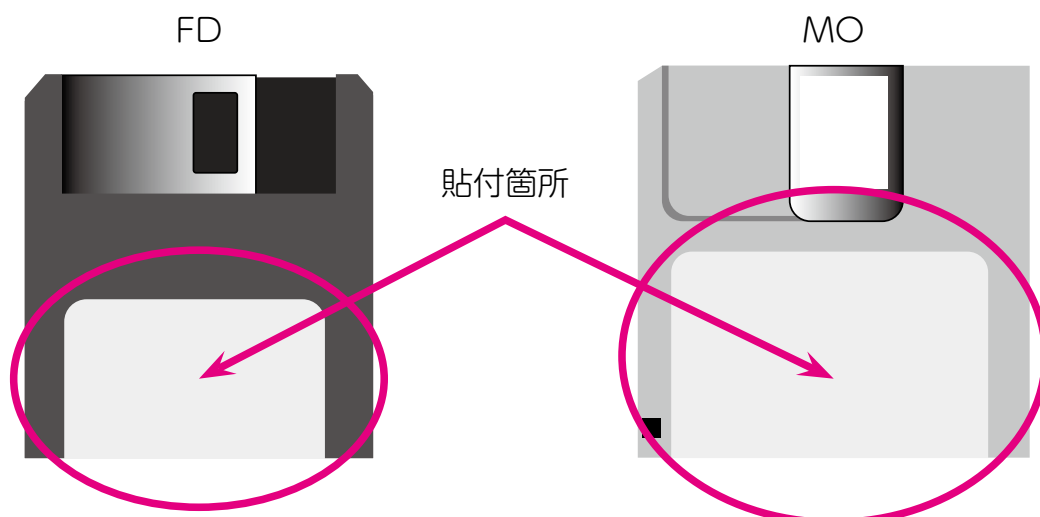
「保険医療機関又は保険薬局に係る電子情報処理組織等を用いた費用の請求に関する取扱要領」に次のとおり定められています。

電子媒体への表記

電子媒体への表記については、ファイル名（コーディングデータ）、医療機関コード、保険医療機関名称、診療月分及び提出年月日並びに支払基金又は国保連の別を記入する。

1 FD・MOへの貼付ラベル

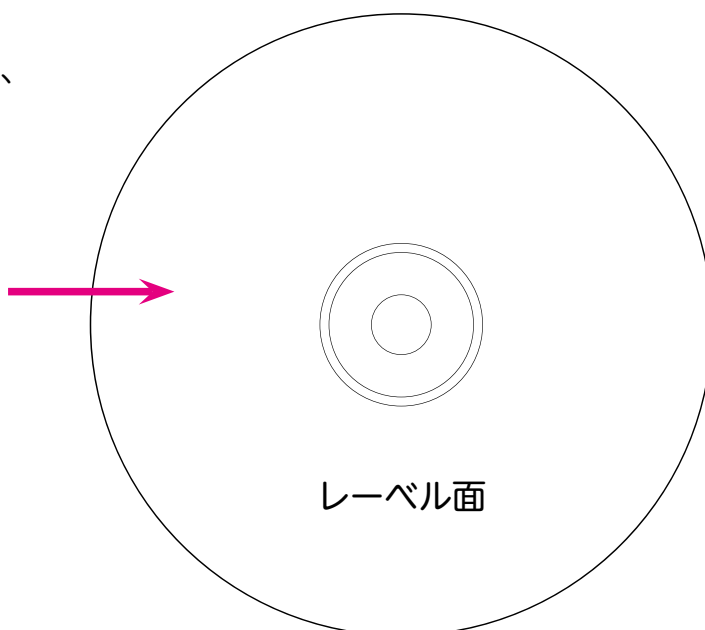
コーディングデータ	支払基金
医療機関コード	・
保険医療機関名称	国保連
診療月分 年 月分	
提出年月日 年 月 日	



2 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こと。

コーディングデータ
医療機関コード
保険医療機関名称
診療月分 年 月分
提出年月日 年 月 日
支払基金 ・ **国保連**



島根県国民健康保険団体連合会 御中

住 所 松江市学園一丁目7番14号
 開設者
 氏 名 国保 太郎

光ディスク等送付書

当該医療機関（薬局）のコード
 （7桁）を記入してください。

医療機関（薬局）コード	99-9999-9		
医療機関（薬局）名称	〇〇病院		
点数表区分	医 科	D P C	・ 歯 科 ・ 調 剤
診療（調剤）月分	令和〇〇年〇〇月診療（調剤）分		
提出年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日		
媒体種類	F D	M O	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。

(3) 書面による請求

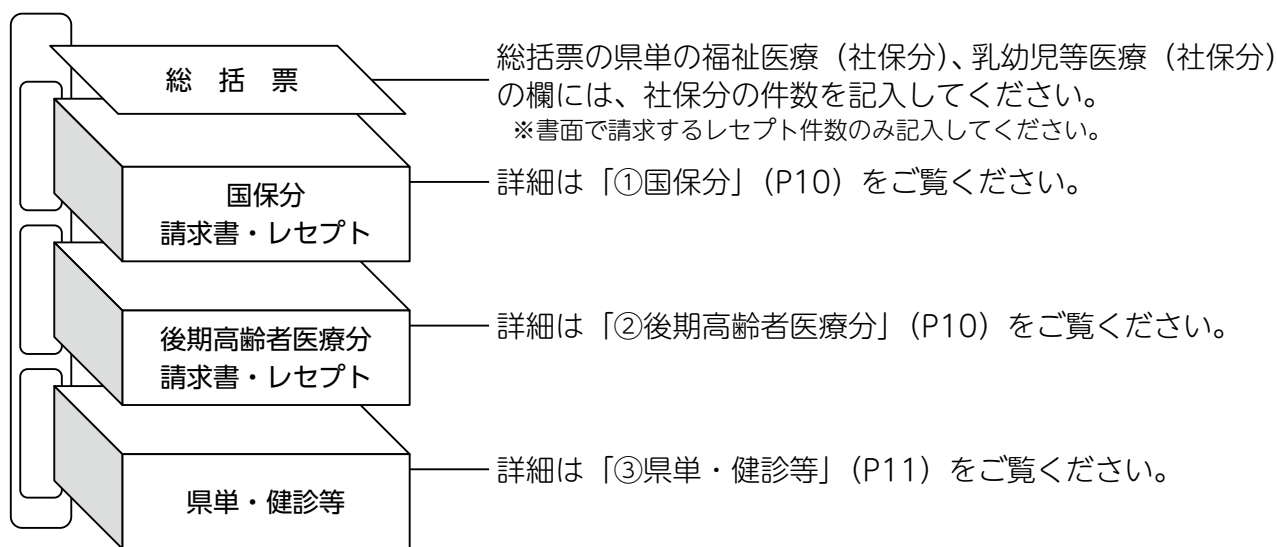
以下のものを書面で提出してください。

- ・診療報酬等総括票
- ・特別療養費に係るレセプト
- ・レセプト

※令和6年3月まで書面による請求を行ってきた保険医療機関・薬局については、書面による請求が認められることとなった当初の要件に合致している旨の届出を行った場合に、引き続き書面による請求を行うことが可能。

- | | | |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ・福祉医療費請求書（社保分）※1 ・乳幼児等医療費請求書（社保分）※1 ・妊婦一般受診票（請求書） ・乳児一般受診票（請求書） ・妊婦精密受診票（請求書） ・乳児精密受診票（請求書） ・1歳6ヶ月児精密受診票（請求書） ・3歳児精密受診票（請求書） ・新生児聴覚検査受診票（請求書）※2 ・産婦健診受診票（請求書） | } | <p>県単独医療費助成事業（以下、県単という。）請求書
※1 福祉医療費及び乳幼児等医療費（社保分）は電子媒体でも請求できます。</p> <p>母子保健法に基づく妊婦・乳児健診等（以下、健診等という。）受診票
※2 市町村によって名称が異なります。</p> |
|--|---|--|

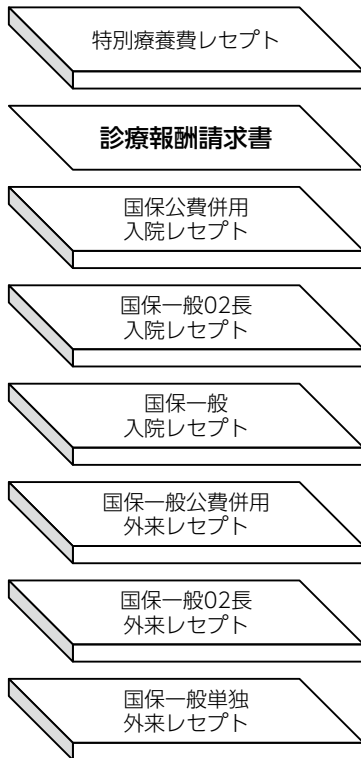
レセプトの編綴方法



【留意事項】

- ・請求書は、保険者ごとに作成してください。
- ・請求書及びレセプトは、国保分と後期高齢者医療分を別に綴じてください。
- ・7万点以上のレセプトは、請求書を別に保険者ごと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。
- ・レセプトの続紙は、該当レセプトに重ねるのみとし、糊、ホッチキス等で綴じないでください。
- ・レセプト編綴の際は、糊、ホッチキス等を使用せず、一括紐で綴じてください。
- ・レセプトに参考資料やコメントを添付する場合は、レセプトと同じ大きさ（A4）の用紙を使用してください。

① 国保分

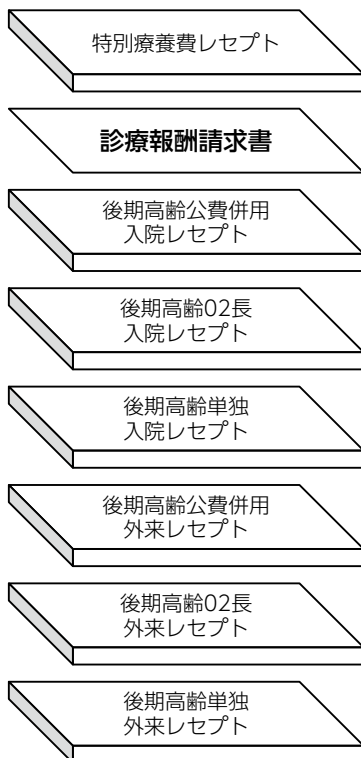


特別療養費レセプトの請求書は不要です。

保険者ごと(請求書～明細書)上から順に

- ① 一般・70歳以上・一般・低所得
- ② 一般・70歳以上・7割
- ③ 一般・本人、家族
- ④ 一般・6歳未満

② 後期高齢者医療分



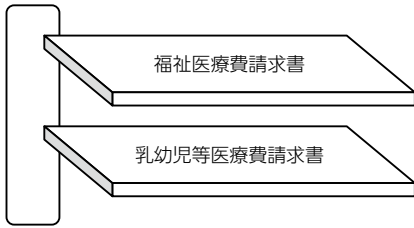
特別療養費レセプトの請求書は不要です。

上から順に

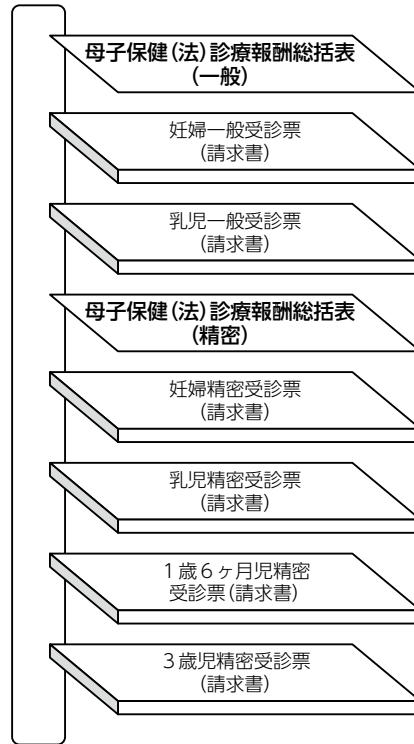
- ① 後期高齢・9割
- ② 後期高齢・8割
- ③ 後期高齢・7割

③ 県単・健診等

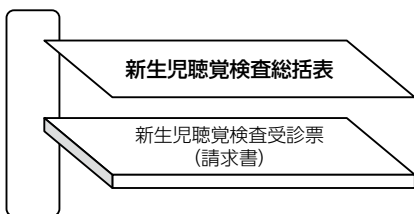
【県単分】



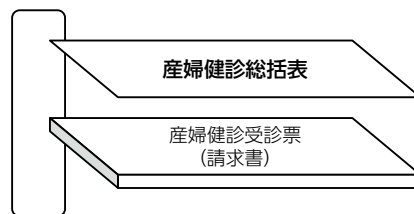
【妊婦、乳児健診分】



【新生児聴覚分】



【産婦健診分】



【留意事項】

妊婦一般健康診査、乳児一般健康診査、妊婦精密健康診査、乳児精密健康診査、新生児聴覚検査、産婦健康診査の請求時には、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。

記入例

令和〇〇年〇〇月分 診療報酬等総括票

保険医療機関等コード	321999999
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	100	左官タイル	20
浜田市	70	全国板金	10
出雲市	保険者ごとに件数を集計してください。		該当の保険者を記入のうえ件数を集計してください。
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	30
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	150
隠岐の島町		広島県	200
島根県医師国保組合		山口県	60
		県ごとに件数を集計してください。	
県内計	170	計	410

(地方単独医療費等)

	件数		一般・精密ごとに件数を集計してください。
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	

記入例

令和〇〇年〇〇月分 診療報酬請求書（医科・歯科）

保険者コード

3 2 9 9 9 9

保険者名 〇〇市 様

県コード

32

医療機関コード

9 9 9 9 9 9 9

下記のとおり請求する。
令和〇〇年 〇月 〇日

国民健康保険

保険医療機関の
所在地及び名称
開設者氏名
電話番号

松江市学園一丁目7番14号
〇〇病院
国保 太郎
0852-21-2163

			療養の給付				食事療養・生活療養				長件数再掲
			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	
国民健康保険	一般（七〇歳以上） ①	請求	入院①			円			円	円	
		請求	入院外②	20	35	25,000					
		決定	入院①								
		決定	入院外②								
	一般（七〇歳） ②	請求	入院①								
		請求	入院外②								
		決定	入院①								
		決定	入院外②								
	②⑤ 一般 被保険者③	請求	入院①	10	90	170,000		2	50	32,000	13,000
		請求	入院外②	60	130	90,000					
		決定	入院①								
		決定	入院外②								
一般 （六歳） ④	請求	入院①									
	請求	入院外②	10	13	9,500						
	決定	入院①									
	決定	入院外②									

区分ごとに入院外来別に集計してください。



レセプトに一部負担金額の記載を要する場合には、記入してください。

公費負担医療（再掲）

法別番号	区分	療養の給付			食事療養・生活療養			備考
		件数	点数	患者負担額	件数	金額	負担額(公費分)	
10	結核							
11	結核（命入）							
15	更生医療							
16	育成医療							
19	原爆医療							
20	精神（措置）							
21	精神通院							
23	療育医療							
24	療養介護医療							
38	肝炎医療							
51	特定疾患							
52	小児慢性							
53	児童福祉							
54	難病医療							
66	石綿医療							
79	障害児施設医療							
90	乳幼児等医療	2	2,500	1,000				
91	福祉医療	5	3,450	3,450				

公費ごとに集計してください。

第1部 診療報酬等の請求について

第2部 地方単独医療費の請求について

巻末 請求に関するQ&A

記入例

令和〇〇年〇〇月分 診療報酬請求書 (医科・歯科)

県コード

32

医療機関コード

9	9	9	9	9	9	9
---	---	---	---	---	---	---

島根県

広域連合様

下記のとおり請求する。
令和〇〇年 〇月 〇日

保険医療機関の
所在地及び名称
開設者氏名
電話番号

松江市学園一丁目7番14号
〇〇病院
国保 太郎
0852-21-2163

後期高齢者医療

			療養の給付			食事療養・生活療養				備考	
			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
後期高齢者 ③9	請求	入院①							円	円	
		入院外②	130	250	150,000						
	決定	入院①									
		入院外②									
	7割 ②	請求	入院①								
		入院外②	20	30	35,000						
	決定	入院①									
		入院外②									

公費負担医療 (再掲)

法別 番号	区分	療養の給付			食事療養・生活療養			備考
		件数	点数	患者負担額	件数	金額	負担額(公費分)	
10	結核							
11	結核(命入)							
15	更生医療							
19	原爆医療							
20	精神(措置)							
21	精神通院							
24	療養介護医療							
38	肝炎医療							
51	特定疾患							
53	児童福祉							
54	難病医療							
66	石綿医療							
79	障害児施設医療							
91	福祉医療							

第1部 診療報酬等の請求について

第2部 地方単独医療費の請求について

巻末 請求に関するQ&A

3. 審査結果にかかる通知等

(1) 増減点等及び返戻通知書（P17参照）

審査の結果、減点又は返戻となった箇所及び点数等をお知らせする通知です。

なお、返戻については、返戻事由を確認のうえ、必要に応じて再請求してください。

(2) 資格確認結果連絡書【原審査・再審査】（P18・19参照）

オンライン資格確認等システムにより振替・分割となった結果（電子レセプトの振替・分割前後の資格情報等）をお知らせする通知です。

該当のレセプトは再請求する必要はありません。

(3) 過誤・再審査結果通知書（P20・21参照）

支払済みのレセプト等について、以下のような事象が判明した場合又は点数に変動が生じた場合等に、その結果をお知らせする通知です。

【過誤】

- ①保険者の点検で被保険者の資格誤りが判明した場合
- ②保険者の点検で同一被保険者の同一診療年月のレセプトが複数件請求されていたことが判明した場合
- ③医療機関等から取下げ依頼があった場合

※過誤については、内容により再請求を要する場合がありますので、返戻となった理由を確認のうえ対応してください。

【再審査】

- ①保険者からの申出により再審査を行った結果を通知します。
- ②医療機関等からの申出により再審査を行った結果を通知します。

様式

医療機関番号
99999999

審査の結果、減点となる場合は、増減欄に該当の箇所、事由及び点数が表示されます。減点となった内容(診療行為)については、摘要欄を確認ください。

増減点等及び返戻通知書
〇月審査分

〇〇病院様

診療年月欄には月遅れ請求分にかかる診療年月のみ表示されます。

島根県国民健康保険団体連合会
令和 年 月 日 作成 / 頁

保険者番号 〇〇市	32〇〇〇〇	科別 一般	保険 制度 一般	本家 入外 本入	法別 ①②③④	被保険者記号・番号 99-9999999	被保険者氏名 国保太郎	箇所事由 30 B	増減 増点/増額 減点/減額 100	一部負担金 増額 減額	返戻 点数/金額 〇〇注射液 2管 → 1管 200×1 → 100×1	摘要	診療 年月	備考
〇〇市	32〇〇〇〇	一般	一般	本入										
〇〇市	32〇〇〇〇	一般	一般	本外		99-9999999	国保次郎	60 A	263		HBV核酸定量 → 0 263×1 → 0			
〇〇市	3932〇〇〇〇	後期	高外一			999999999	後期一郎							点数
<p>査定については、減点数及び理由等を出力しています。</p> <p>返戻については、返戻点数(金額)及び理由等を出力しています。</p>														
<p>増減点事由</p> <p>A 療養担当規則等に照らし、医学的に保険診療上適応とならないもの B 療養担当規則等に照らし、医学的に保険診療上過剰・重複となるもの C 療養担当規則等に照らし、A・B以外で医学的に保険診療上適当でないもの D 告知・通知の算定要件に合致していないと認められるもの E 固定点数(施術料)が誤っているもの F 請求点数等の集計が誤っているもの G 通所者施設療養費 H 緊急時施設療養費 I 通所者施設療養費 J その他 K その他 L* 縦覧審査による M* 横覧審査による N* 突合審査による</p>														
<p>通信欄</p>														

*内容についてのお問い合わせ先、国保連合会 審査課 第1係/第2係 0852-21-2114 (医科/訪看) 第4係 0852-21-2130 (齒科/調剤/柔整)

○月分 資格確認結果連絡書(再審査) 医科
帳票レイアウト、各項目の表示内容は「原審査」と同じです。

請求月の翌月以降、保険者の過誤申出により振替または分割となった場合、「再審査」分として出力されます。

年月	保険者番号等	氏名・カルテ番号等	生年月日	処理区分	請求内容	資格確認結果内容
202109	000001	国保 一郎 1234	1956/08/19	振替	保険者番号:000001 記号:11 番号:111 枝番:01 資格取得日:2020/10/01 資格喪失日:2021/09/01 レセプト種別:1112 診療実日数:4 合計点数:5854 検察番号:00503100110000000001 復活点数:5 復活後点数:5854	保険者番号:000002 記号:111 番号:111 枝番:01 資格取得日:2021/09/02 資格喪失日:2022/07/31 レセプト種別:1112 診療実日数:4 合計点数:5854 検察番号:
202109	000001	国保 二郎 1234	1958/06/16	振替	審査支払機関:国保 保険者番号:000001 記号:11 番号:222 枝番:01 資格取得日:2021/08/01 資格喪失日:2021/09/01 レセプト種別:1112 診療実日数:4 合計点数:5854 検察番号:00503100110000000002 復活点数:42 復活後点数:5854	審査支払機関:社保 保険者番号:06000001 記号:22 番号:11111111 枝番:01 資格取得日:2021/09/02 資格喪失日:2022/07/31 レセプト種別:1112 診療実日数:4 合計点数:5854 検察番号:
202109	000001	国保 三郎 1234	1948/03/09	分割	保険者番号:000001 記号:11 番号:333 枝番:01 資格取得日:2020/10/01 資格喪失日:2021/09/20 レセプト種別:1118 診療実日数:4 合計点数:640 検察番号:00503100110000000003 復活点数:42 復活後点数:640	保険者番号:000001 記号:11 番号:333 枝番:01 資格取得日: 資格喪失日:2021/09/20 レセプト種別:1118 診療実日数:3 合計点数:563 保険者番号:000002 記号:111 番号:333 枝番:01 資格取得日:2021/09/21 資格喪失日:2022/07/31 レセプト種別:1118 診療実日数:1 合計点数:77 検察番号:

振替または分割後のレセプトの資格情報等の内容を表
示しています。
医療機関等へレセプトを返戻することなく、資格確認結
果に基づき、過誤調整処理を行います。

4. 取下げ・再審査

(1) レセプトの取下げ

レセプトを本会に提出した後に、記入漏れや誤請求が発覚した場合には、オンライン請求システム又は書面による取下げ依頼によりレセプトを取下げることができます。

なお、審査の結果、減点となった箇所に関する訂正を目的とした取下げは認められませんのでご留意ください。

① オンライン請求システムによる取下げ依頼

- ・オンライン請求システムのトップページ画面のマニュアルをクリックします。
- ・医療機関再審査等ファイル作成ツールをダウンロードし、ファイルの作成・送信方法等を参考に送信してください。

※当月オンライン請求分及び書面請求分（福祉医療費及び乳幼児等医療費請求書、妊産婦健診受診票等）は対象外のため、書面による取下げ依頼書を提出してください。

② 書面による取下げ依頼

「診療報酬明細書等取下げ依頼書」に必要事項を記入のうえ、本会へ提出してください（記載方法は以下のとおり）。

◇ 「診療報酬明細書等取下げ依頼書」

【本会ホームページ】 [保険医療機関・保険薬局のみなさま](#) → [各種様式](#)

【診療報酬明細書等取下げ依頼書の記載方法】

1. 被保険者1名に対して1部ずつ作成します。なお、当該被保険者の複数月のレセプトを取下げの場合、最大5件まで記入できます。6件以上となる場合は、複数枚作成してください。
2. 「点数表等」、「区分」、「性別」、「入外区分」及び「元号」は、該当を○印で囲みます。
3. 「保険者番号」欄は、レセプトに記載した保険者番号を記入します。
4. 「被保険者記号・番号、被保険者番号」欄は、レセプトに記載した記号・番号（後期高齢者の場合は被保険者番号）を記入します。
5. 「公費負担者番号」及び「公費受給者番号」欄は、当該被保険者が公費負担医療を受けている場合に、それぞれ該当する公費負担者番号及び公費受給者番号を記入します。
6. 「氏名」及び「生年月日」欄は、当該被保険者の氏名（フリガナを含む）及び生年月日を記入します。
7. 「診療年月」欄は、対象となるレセプトの診療年月を記入し、「提出年月」欄は、当該レセプトを本会へ提出した年月を記入します。
8. 「請求点数」欄は、対象となるレセプトの請求点数を記入します。ただし、訪問看護及び健診については請求金額、柔道整復については合計金額を記入します。（※減点等があったレセプトについては、審査前の請求点数（請求金額）を記入します。）
9. 「理由」欄は、該当を○印で囲み、「4. 診療内容の変更」の場合は具体的な理由を記入します。
10. 取下げ依頼をするレセプトに減点がある場合、減点箇所の訂正を目的とした取下げは認められないことから、「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。」にチェックを入れます。

令和 ○○年○○月○○日

保険医療機関等コード 321999999
 保険医療機関等名 ○○病院
 電話番号 ○○○○-○○-○○○○

該当を○で囲んでください。

診療報酬明細書等取下げ依頼書

点数表等	<input checked="" type="checkbox"/> 医科 ・ <input type="checkbox"/> 歯科 ・ <input type="checkbox"/> 調剤 ・ <input type="checkbox"/> 訪問看護 ・ <input type="checkbox"/> 柔道整復 ・ <input type="checkbox"/> 健診		
区分	<input checked="" type="checkbox"/> 国保 ・ <input type="checkbox"/> 後期高齢者 ・ <input type="checkbox"/> 福祉のみ(社保分) <input type="checkbox"/> 乳幼児のみ(社保分) ・ <input type="checkbox"/> 健診(妊婦・産婦・乳児)		
保険者番号	320000	被保険者記号・番号 被保険者番号	99-999999
公費負担者番号		公費受給者番号	
性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女	生年月日	明治・大正 昭和・平成 ○○年○○月○○日 令和
フリガナ	コクホ タロウ		
氏名	国保 太郎		

診療年月	提出年月	入外区分	請求点数
令和 ○○年○○月	令和 ○○年○○月	<input checked="" type="checkbox"/> 入 ・ <input type="checkbox"/> 外	12,345点
令和 年 月	令和 年 月	入 ・ 外	
令和 年 月	令和 年 月	入 ・ 外	
令和 年 月	令和 年 月	入 ・ 外	
令和 年 月	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は、振替・分割されていないことをご確認の上、依頼願います)

2. 労災適用のため

3. 他法併用のため

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

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。

※取下げ依頼を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。

第1部 診療報酬等の請求について

第2部 地方単独医療費の請求について

巻末 請求に関するQ&A

(2) 再審査請求

国民健康保険法施行規則第30条に基づき、審査結果に対して不服がある場合には、再審査請求することができます。オンライン請求システム又は書面により再審査請求を行ってください。

なお、提出の際には、レセプトへの追記・訂正（傷病名など）は認められませんのでご注意ください。

再審査の結果は、「再審査結果通知書」により回答します。

① オンライン請求システムによる依頼

- ・オンライン請求システムのトップページ画面のマニュアルをクリックします。
- ・医療機関再審査等ファイル作成ツールをダウンロードし、ファイルの作成・送信方法等を参考に本会へ送信してください。

② 書面による依頼

「再審査請求書」に必要事項を記入のうえ、本会へ提出してください（記載方法は以下のとおり）。

◇ 「再審査請求書」

【本会ホームページ】 [保険医療機関・保険薬局のみなさま](#) → [各種様式](#)

【再審査請求書の記載方法】

1. 対象となるレセプト1件につき請求書を1部作成します。
2. 「診療年月」欄は、対象となるレセプトの診療年月を記入し、「提出年月」欄は、当該レセプトを本会へ提出した年月を記入します。
3. 「点数表区分」、「入外区分」、「レセプト区分」及び「元号」は、該当を○印で囲みます。
4. 「保険者番号」欄は、レセプトに記載した保険者番号を記入します。
5. 「被保険者記号・番号、被保険者番号」欄は、レセプトに記載した記号・番号（後期高齢者の場合は被保険者番号）を記入します。
6. 「公費負担者番号」、「公費受給者番号」欄は、公費負担者番号及び公費受給者番号を記入します。
7. 「氏名」、「生年月日」欄は、当該被保険者の氏名及び生年月日を記入します。
8. 「請求点数」欄は、対象となるレセプトに記載された請求点数を記入します。ただし、訪問看護は当該欄に請求金額を記入します。
9. 「減点点数」、「事由」、「減点内容」欄は、本会から送付した増減点等及び返戻通知書（様式P17参照）又は再審査結果通知書（様式P21参照）の記載内容をそれぞれ記入します。
10. 「対象種別」欄は、本会の審査結果に対する再審査請求の場合は「原審査」を、保険者等の再審査結果に対する再審査請求の場合は「再審査」を、調剤審査（医科、歯科のレセプトと調剤レセプトの突合等）に対する再審査請求の場合は「調剤審査」を○印で囲みます。
11. 「相手方保険薬局」欄は、「対象種別」が調剤審査の場合に、薬局のコード及び名称を記入します。
12. 「理由」欄は、具体的な再審査申出理由を記入します。
13. 再審査請求が多項目にわたり、「減点内容」及び「理由」欄に記入しきれない場合は、適宜用紙を添付してください。

島根県国民健康保険診療報酬審査委員会 御中

令和〇〇年〇〇月〇〇日

保険医療機関等コード 321999999
 保険医療機関等名 〇〇病院
 電話番号 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇

再 審 査 請 求 書

診療年月	令和〇〇年〇〇月分 (提出年月 令和〇〇年〇〇月)		
点数表区分	医科・歯科・調剤・訪問看護		
入外区分	入院・入院外		
レセプト区分	国保・後期高齢者		
保険者番号	32〇〇〇〇	被保険者記号・番号 被保険者番号	99-9999999
公費負担者番号		公費受給者番号	
氏名	国保 太郎		
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 〇〇年〇〇月〇〇日生		
請求点数	12,345点	科別	科

減点点数	事由(A・B・C・D・E・F)	減点内容
100点	B	〇〇注射液
点		
点		
点		
点		

増減点等及び返戻通知書に書いてある減点事由を記入してください。

対象種別	原審査・再審査・調剤審査 による減点	
調剤審査の場合の 相手方保険薬局	保険薬局コード	
	保険薬局の名称	

理由

減点に対する再審査申出理由について、具体的に記入してください。

5. レセプト記入例

事例1 (国保・単独・70歳未満外来・区分アの患者) 高額療養費が発生しない場合

第1部 診療報酬等の請求について

○診療報酬明細書 (医科入院外)

都道府県番号 医療機関コード

1	①社・国	3 後期	①単独	②本外	8高外一
医科	2 公費		2 2 併	4 六 外	0高外7
			3 3 併	6 家 外	
保険者番号	3 2		給付割合	10 9 8	
				⑦ ()	

令和 年 月 分		— — — —	
公費負担者番号①		公費負担医療の受給者番号①	
公費負担者番号②		公費負担医療の受給者番号②	

被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号	(枝番)
---------------------	------

氏名	特記事項
1男 2女 1明 2大 3昭 4平 5令 . . 生	26 区ア
職務上の事由	1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害

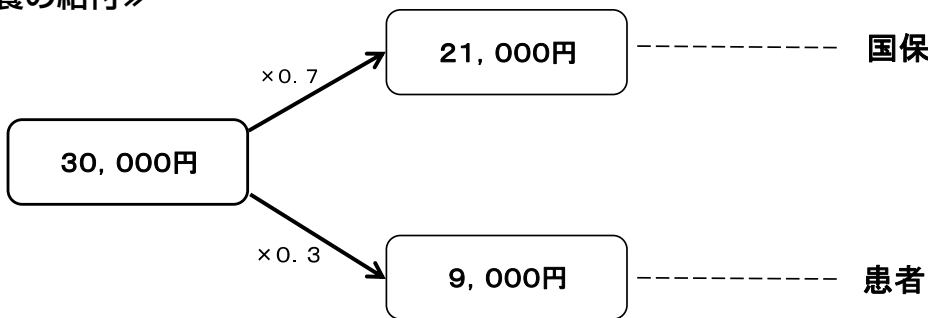
保険医療機関の所在地及び名称
 限度額適用認定証情報が提供された場合に記入が必要です。

第2部 地方単独医療費の請求について

療養の給付	請求点	※ 決定点	一部負担金額	円
①公費	3,000			
②				
	点	点	円	円
	点	点	円	※ 高額療養費 円 ※ 公費負担点数 点 ※ 公費負担点数 点

限度額適用認定証情報が提供された場合でも、高額療養費が発生しない場合は、一部負担金の記入は不要です。

《療養の給付》



留意点

本人・家族欄種別番号と給付割合について

レセプトの本人・家族欄に記入された種別番号とその給付割合については、右表のとおりとなっております。

請求の際は、種別番号と給付割合が一致しているかご確認ください。

給付割合	「本人・家族」欄種別番号			
	国保		後期	
7割	1 本入 5 家入 9 高入7	2 本外 6 家外 0 高外7	9 高入7	0 高外7
8割	3 六入 7 高入一	4 六外 8 高外一	7 高入一	8 高外一
9割			7 高入一	8 高外一

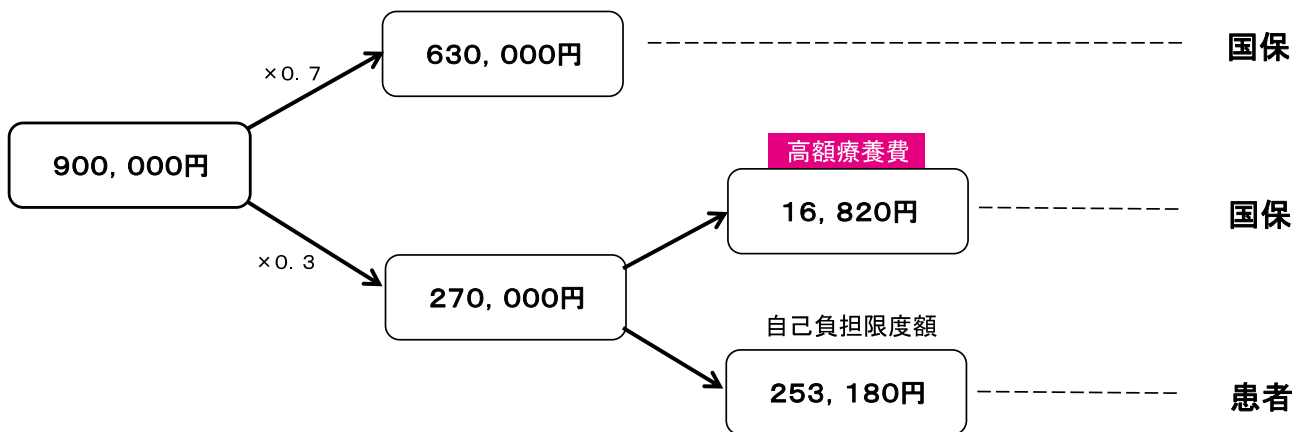
巻末 請求に関するQ&A

事例2 (国保・単独・70歳未満外来・区分アの患者) 高額療養費が発生する場合

○診療報酬明細書 (医科入院外)		都道府 県番号	医療機関コード	1 医科	①社・国 2公費	3後期	①単独 22併 33併	②本外 4六外 6家外	8高外一 0高外7	
令和 年 月 分		保険者 番号		3 2		給付割合 10 9 8		⑦ ()		
公費負担者番号 ①		公費負担医療の受給者番号①		被保険者証・被保険者 手帳等の記号・番号		(枝番)				
公費負担者番号 ②		公費負担医療の受給者番号②								
氏名		特記事項		保険医 療機関 の所在 地及び 名称						
1男 2女 1明 2大 3昭 4平 5令 . . . 生		26 区ア								
職務上の事由		1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害								
療養の給付	請求点	※	決定点	一部負担金額		円				
	90,000			253,180						
	点	※	点	円						
①公費	点	※	点	円	※ 高額療養費	円	※公費負担点数	点	※公費負担点数	点
②										

高額療養費が発生するため、一部負担金の記入が必要です。

《療養の給付》



$$(252,600円 + (900,000円 - 842,000円) \times 0.01)$$

<参考>

- 特記事項に記入する所得区分及び各区分の高額療養費の限度額については、P50の参考資料をご参照ください。

事例3 (国保・単独・「02長」あり・70歳未満外来・区分ウの患者) 高額療養費が発生する場合

第1部 診療報酬等の請求について

第2部 地方単独医療費の請求について

巻末 請求に関するQ&A

○診療報酬明細書 (医科入院外)

令和 年 月 分

都道府県番号 医療機関コード

1 医科	①社・国 2 公費	3 後期	①単独 2 2併 3 3併	②本外 4 六外 6 家外	8高外一 0高外7
------	--------------	------	---------------------	---------------------	--------------

保険者番号 3 2

給付割合 10 9 8 ⑦ ()

被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号 (枝番)

氏名 1男 2女 1明 2大 3昭 4平 5令 . . . 生

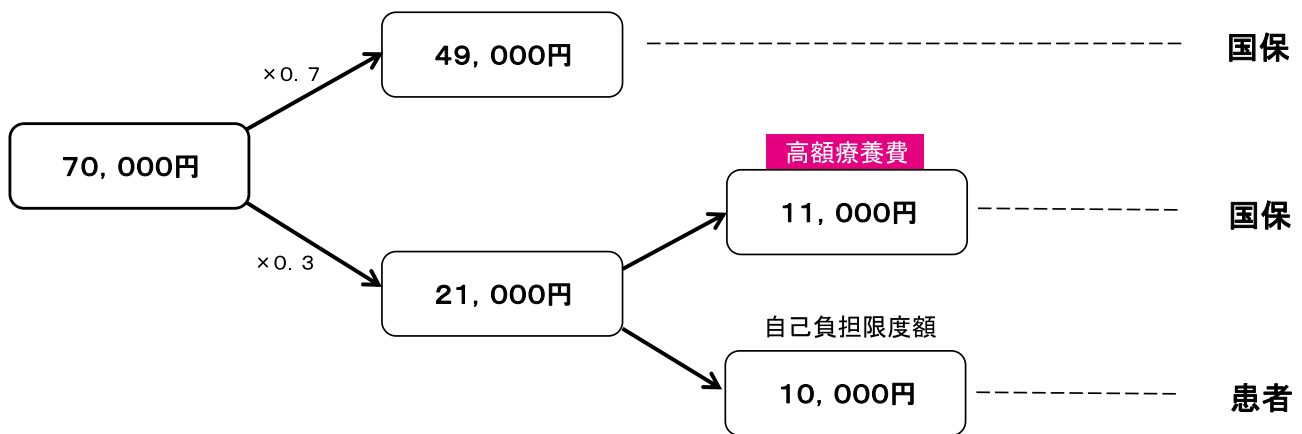
職務上の事由 1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害

特記事項 02長 28 区ウ

保険医療機関の所在地及び名称 患者負担である3割相当額(21,000円)が自己負担限度額(10,000円)を超え、高額療養費が発生するため、一部負担金額の記入が必要です。

請求点	※決定点	一部負担金額	円
7,000		10,000	
点	※点	円	
①公費	点	円	※高額療養費 円 ※公費負担点数 点 ※公費負担点数 点
②			

《療養の給付》



留意点

特記事項欄の「02長」又は「16長2」記入について

○高額長期疾病にかかる特定疾病療養受領証の提示があっても、一部負担金額が限度額(10,000円又は20,000円)未滿となる場合は、「特記事項」欄に「02長」又は「16長2」の記入は不要です。

事例4 (国保・公費10併用・70歳未満外来・区分イの患者) 分点数で高額療養費が発生する場合①

○診療報酬明細書 (医科入院外)

令和 年 月 分

都道府県番号: _____ 医療機関コード: _____

1 ①社・国	3 後期	1 単独	②本外	8 高外一
2 公費		② 2 併	4 六外	0 高外7
		3 3 併	6 家外	

保険者番号: _____ 3 2 _____

被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号: _____ (枝番)

公費負担者番号①: 1 0

公費負担者番号②: _____

公費負担医療の受給者番号①: _____

公費負担医療の受給者番号②: _____

氏名: _____ 特記事項: 27 区イ

職業上の事由: 1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害

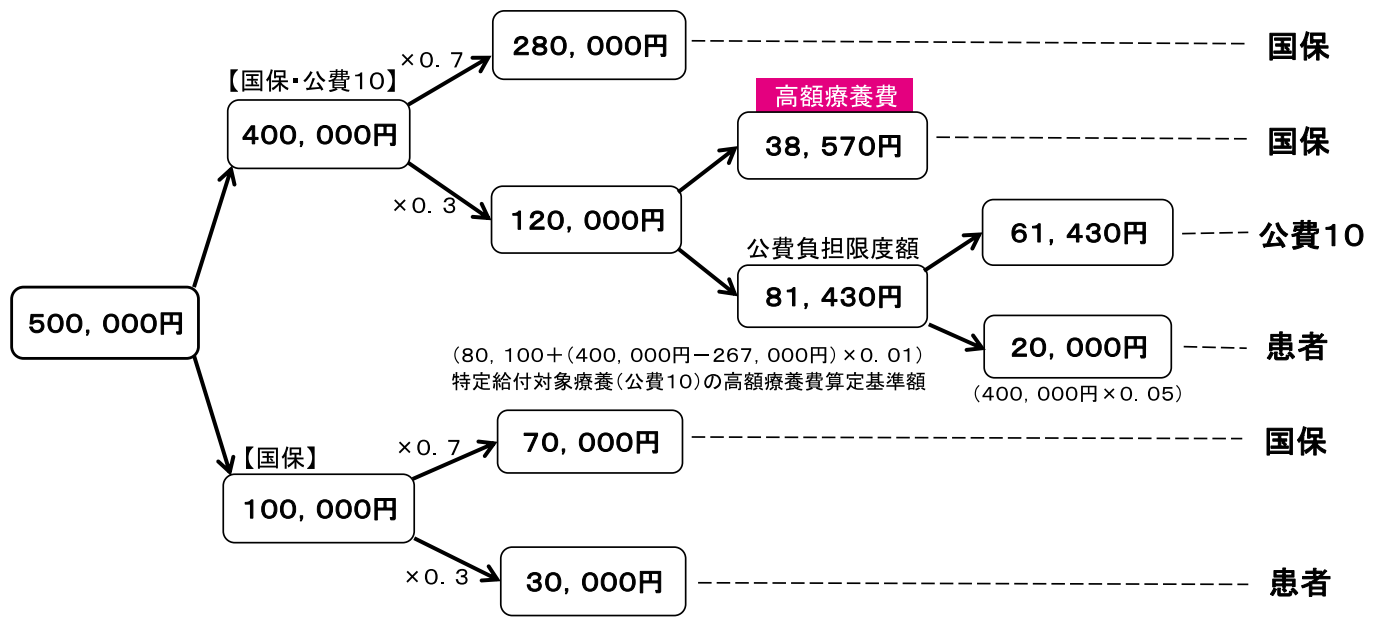
療養の給付	請求点	※ 決定点	一部負担金額
① 公費	50,000		(81,430)
② 公費	40,000		111,430
			50,000

※ 高額療養費 円 ※ 公費負担点数 点 ※ 公費負担点数 点

支払いを受けた一部負担金と公費負担医療が給付する額とを合算した金額を記入します。
(20,000円+30,000円+61,430円)

保険の一部負担金額から、公費負担医療が給付する額を控除した額(窓口で支払いを受けた額)を記入します。
(111,430円-61,430円)

《療養の給付》



第1部 診療報酬等の請求について

第2部 地方単独医療費の請求について

巻末 請求に関するQ&A

事例5 (国保・公費10併用・70歳未満外来・区分イの患者) 点数で高額療養費が発生する場合②

○診療報酬明細書
(医科入院外)

都道府 医療機関コード
県番号

1 医科	①社・国 2公費	3後期	1単独 ②2併 33併	②本外 4六外 6家外	8高外一 0高外7
3	2			⑦ ()	

令和 年 月 分

公費負担者番号①	10	公費負担医療の受給者番号①	
公費負担者番号②		公費負担医療の受給者番号②	

保険者番号		被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号	(枝番)
-------	--	---------------------	------

氏名		特記事項	27区イ
性別	1男 2女	年齢	1明 2大 3昭 4平 5令 生
職務上の事由	1職務上 2下船後3月以内 3通勤災害		

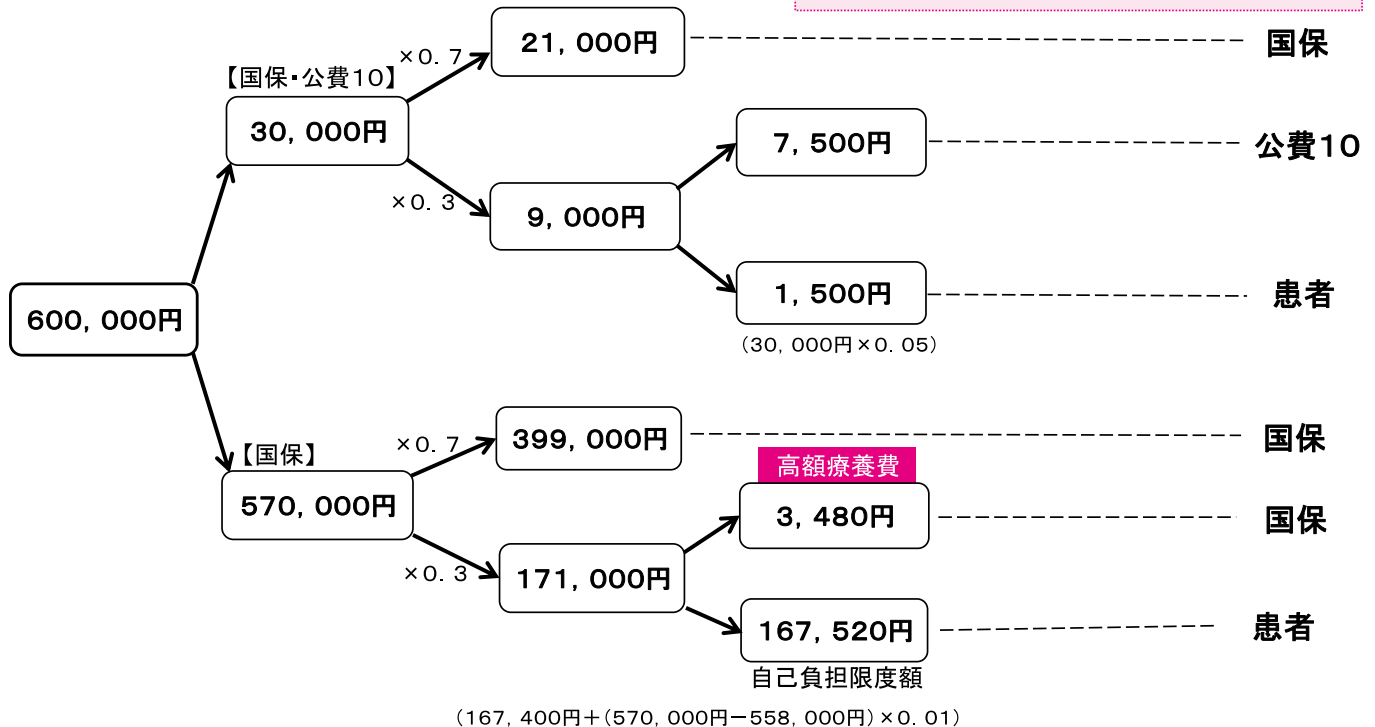
保険医療機関の所在地及び名称

支払いを受けた一部負担金と公費負担医療が給付する額とを合算した金額を記入します。
(1,500円+167,520円+7,500円)

請求点	60,000	決定点		一部負担金額	(9,000)
公費給付①	3,000				176,520
公費給付②					169,020
				※高額療養費 円	
				※公費負担点数 点	
				※公費負担点数 点	

《療養の給付》

保険の一部負担金額から、公費負担医療が給付する額を控除した額(窓口で支払いを受けた額)を記入します。
(176,520円-7,500円)



事例6 (国保・公費15併用・70歳未満外来・区分ウの患者) 分点数で高額療養費が発生する場合

○診療報酬明細書 (医科入院外)

都道府県番号 医療機関コード

令和年月分

1	①社・国	3後期	1単独	②本外	8高外一
医科	2公費		②2併	4六外	0高外7
			33併	6家外	

保険者番号 3 2

被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号 (枝番)

公費負担者番号① 1 5

公費負担者番号②

公費負担医療の受給者番号①

公費負担医療の受給者番号②

氏名 28 区ウ

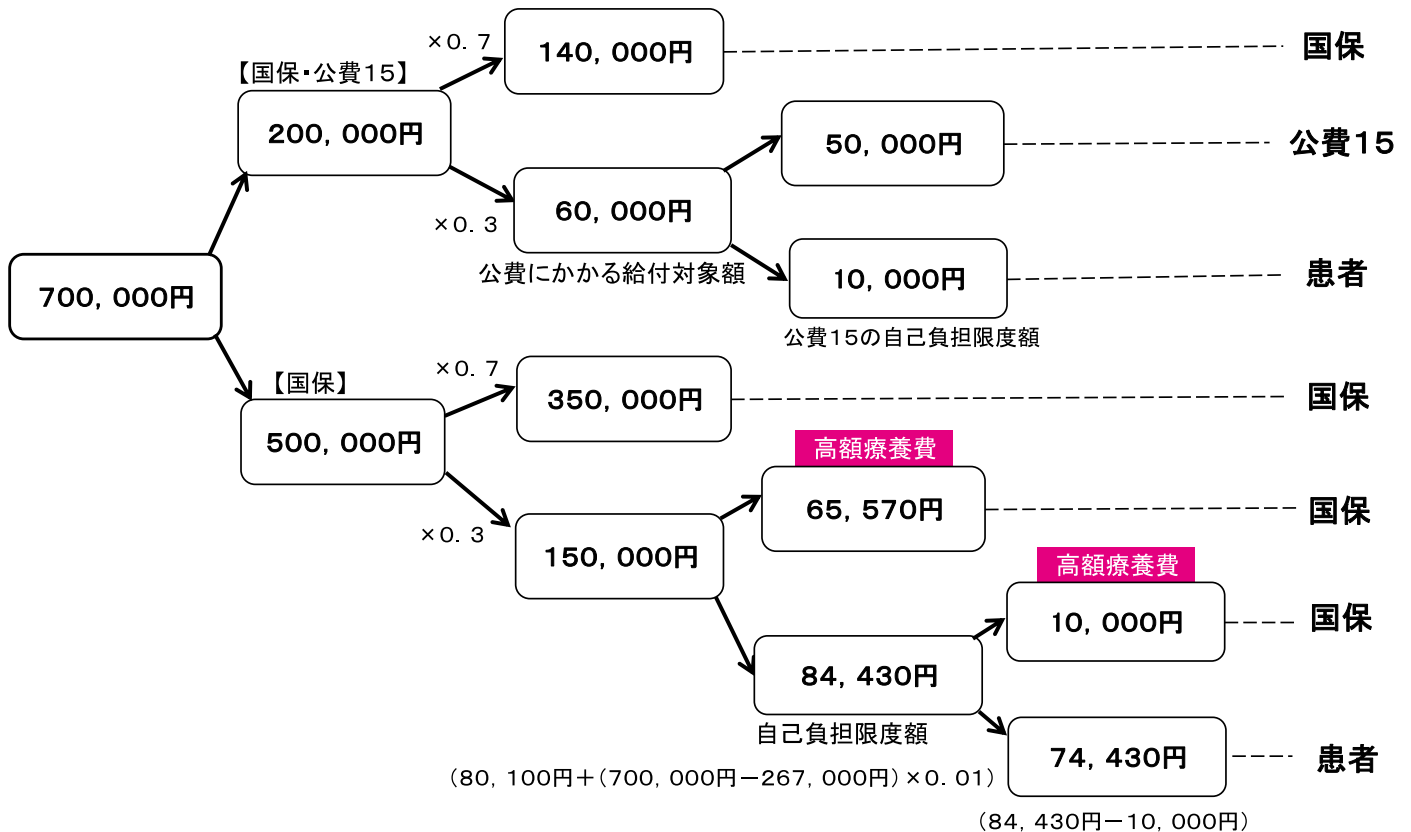
特記事項 保険医療機関の所在地及び名称

支払いを受けた一部負担金と公費負担医療が給付する額とを合算した金額を記入します。
(50,000円+10,000円+74,430円)

療養の給付	請求点	※決定点	一部負担金額	円
①公費	70,000		(60,000)	
②	20,000		134,430	
			10,000	
				円 ※ 高額療養費 円 ※ 公費負担点数 点 ※ 公費負担点数 点

《療養の給付》

※公費にかかる自己負担限度額が10,000円の場合



第1部 診療報酬等の請求について

第2部 地方単独医療費の請求について

巻末 請求に関するQ&A

事例7 (国保・公費15併用・「02長」あり・70歳未満外来・区分工の患者) 高額療養費が発生する場合

○診療報酬明細書
(医科入院外)

都道府 医療機関コード
県番号

1	①社・国	3 後期	1 単独	②本外	8 高外一
医科	2 公費		② 2 併	4 六外	0 高外7
			3 3 併	6 家外	

令和 年 月 分					
公費負担者番号①	1	5			
公費負担者番号②					
公費負担医療の受給者番号①					
公費負担医療の受給者番号②					

保険者番号	3	2				給付割合	10	9	8
被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号 (枝番)									

氏名						特記事項	02長 29区工
1男 2女	1明	2大	3昭	4平	5令	生	
職務上の事由	1 職務上	2 下船後3月以内	3 通勤災害				

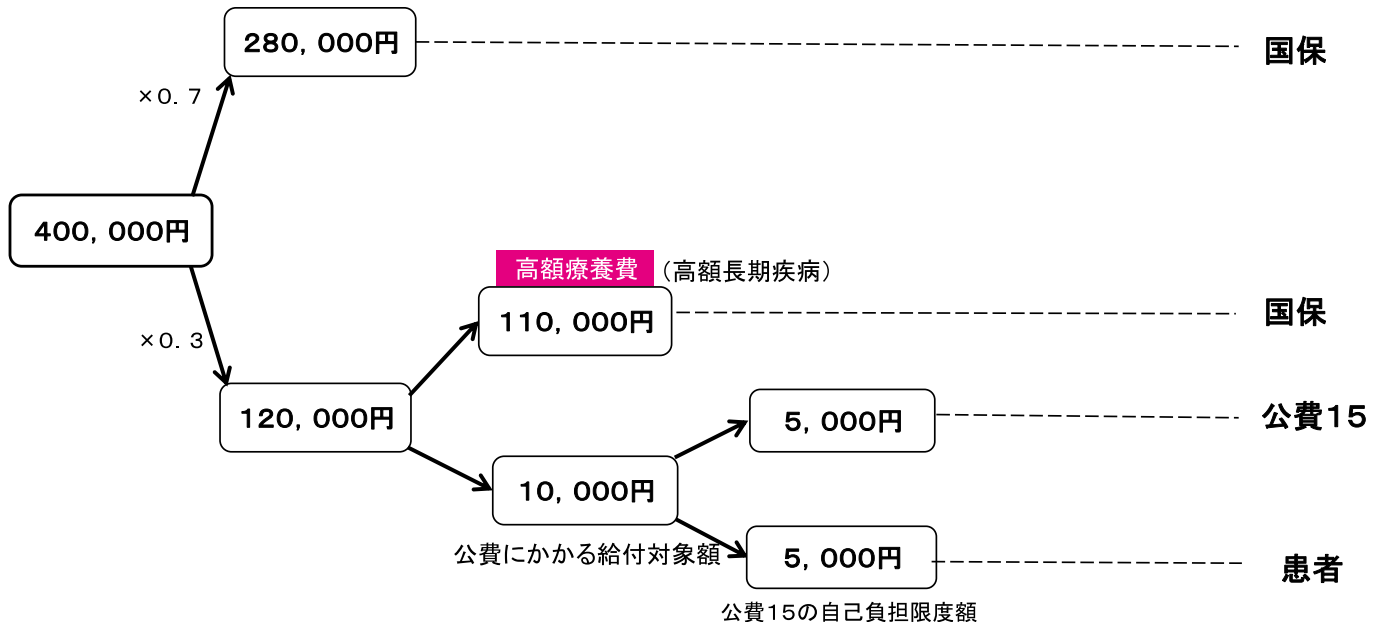
保険医療機関の所在地及び名称

患者負担である3割相当額(120,000円)が高額療養費算定基準額(10,000円)を超え、高額療養費が発生するため、一部負担金額の記入が必要です。

療養の給付	請求点	※ 決 定 点	一部負担金額	
① 公費	40,000		10,000	
②			5,000	
	点	点	円	
			円	※ 高額療養費 円
				※ 公費負担点数 点
				※ 公費負担点数 点

《療養の給付》

※公費にかかる自己負担限度額が5,000円の場合



留意点

特記事項「02長」、「16長2」の記入について

○特記事項「02長」、「16長2」の限度額未済の場合は、特記事項へ当該記入は不要です。

事例8 (国保・公費15併用・70歳未満外来・区分才の患者) 分点数で高額療養費が発生する場合①

○診療報酬明細書 (医科入院外)

令和 年 月 分

都道府県番号 医療機関コード

1 ①社・国 2 公費	3 後期	1 単独 2 併 3 3併	② 本外 4 六外 6 家外	8 高外一 0 高外7
3	2		10 9 8	⑦ ()

保険者番号

被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号 (枝番)

公費負担者番号①	1 5	公費負担医療の受給者番号①	
公費負担者番号②		公費負担医療の受給者番号②	

氏名

特記事項 30 区才

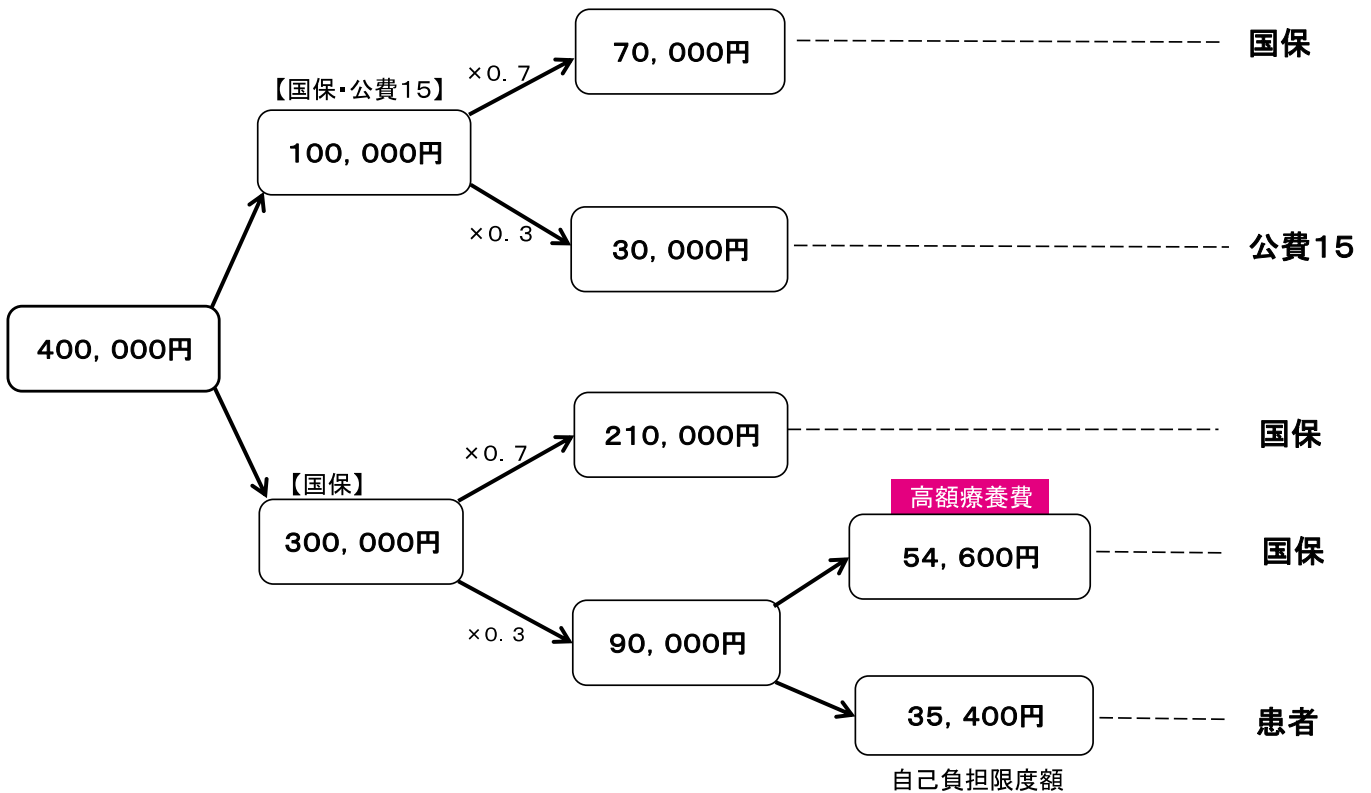
保険医療機関の所在地及び名称

支払を受けた一部負担金と公費負担医療が給付する額とを合算した金額を記入します。(30,000円+35,400円)

療養の給付	請求点	※決定点	一部負担金額	円
①公費	40,000		(30,000)	
②	10,000		65,400	
	点	※	点	円
	点	※	点	円
	点	※	点	円
	点	※	点	円

《療養の給付》

※公費にかかる自己負担限度額が0円の場合



第1部 診療報酬等の請求について

第2部 地方単独医療費の請求について

巻末 請求に関するQ&A

事例9 (国保・公費15併用・70歳未満外来・区分才の患者) 分点数で高額療養費が発生する場合②

第1部 診療報酬等の請求について

第2部 地方単独医療費の請求について

巻末 請求に関するQ&A

○診療報酬明細書 (医科入院外)

令和 年 月 分

都道府県番号 医療機関コード

1 医科	①社・国 2公費	3後期	1単独 ②2併 33併	②本外 4六外 6家外	8高外一 0高外7
------	-------------	-----	-------------------	-------------------	--------------

保険者番号 3 2

給付割合 10 9 8

⑦ ()

被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号 (枝番)

公費負担者番号①	1 5	公費負担医療の受給者番号①	
公費負担者番号②		公費負担医療の受給者番号②	

氏名 1男 2女 1明 2大 3昭 4平 5令 . . . 生

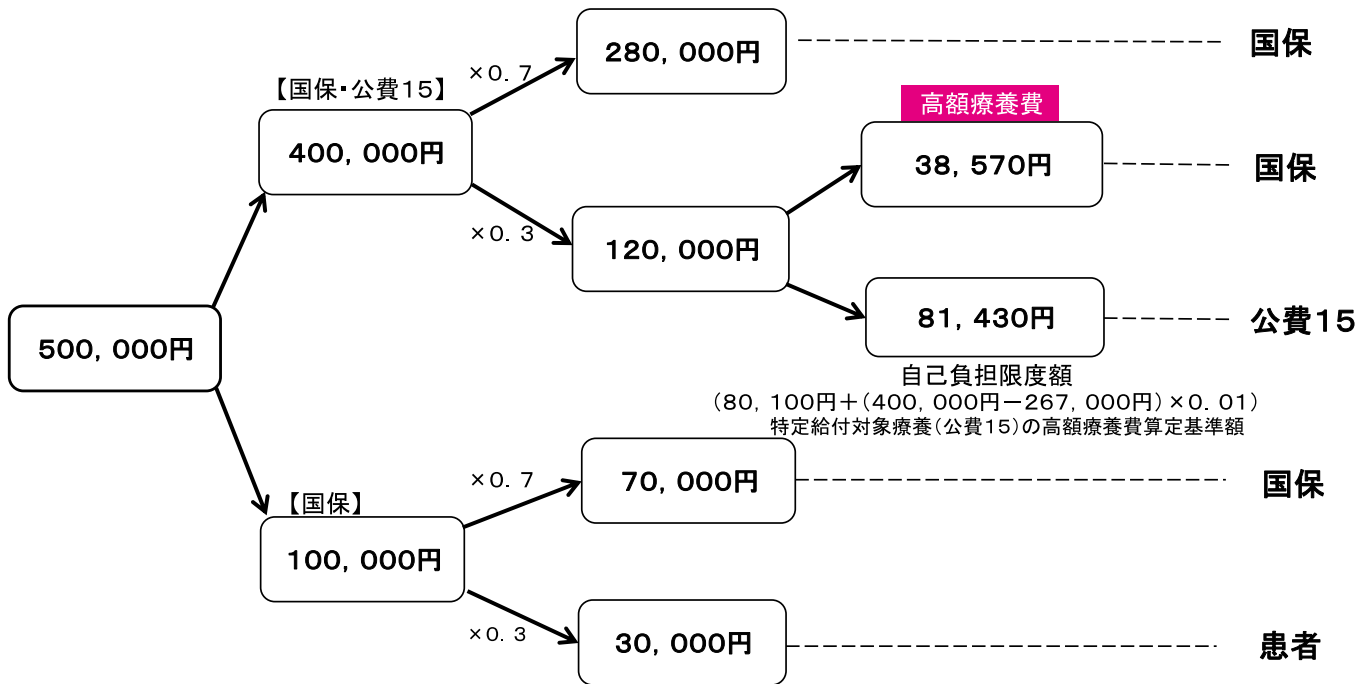
特記事項 30 区分才

職務上の事由 1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害

請求点	50,000	※決定点		一部負担金額	(81,430)
療養の給付①公費	40,000	※		円	
療養の給付②		※		円	※高額療養費 円 ※公費負担点数 点 ※公費負担点数 点

《療養の給付》

※公費にかかる自己負担限度額が0円の場合



事例10 (国保・公費15併用・70歳未満外来・区分才の患者) 分点数で高額療養費が発生する場合③

○診療報酬明細書 (医科入院外)

令和年月分

都道府県番号 医療機関コード

1 ①社・国 2 公費	3 後期	1 単独 2 併 3 3併	② 本外 4 六外 6 家外	8 高外一 0 高外7
3	2		10 9 8	⑦ ()

保険者番号

被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号 (枝番)

公費負担者番号①	1 5	公費負担医療の受給者番号①	
公費負担者番号②		公費負担医療の受給者番号②	

氏名

特記事項 30 区才

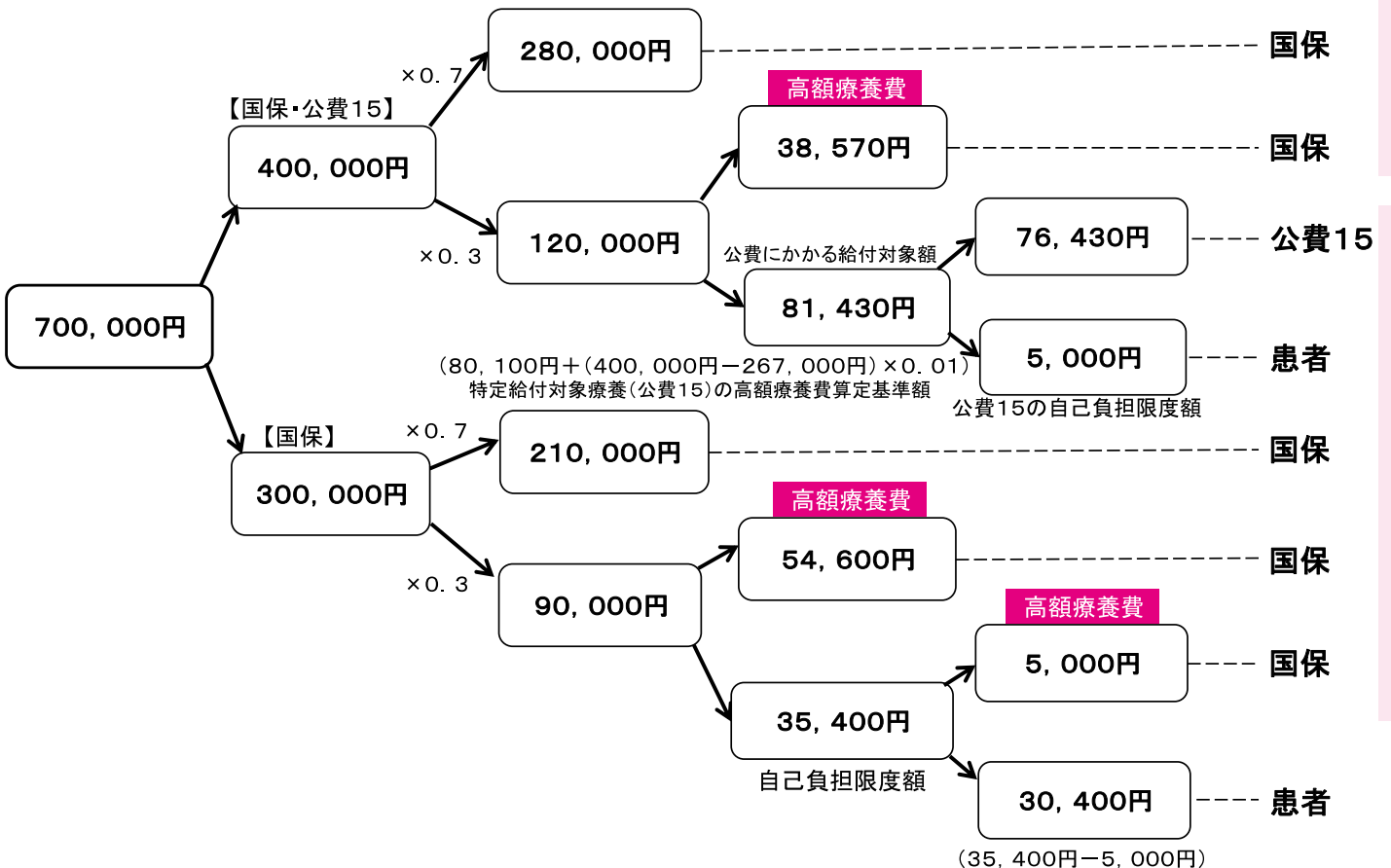
保険医療機関の所在地及び名称

支払いを受けた一部負担金と公費負担医療が給付する額とを合算した金額を記入します。
(76,430円+5,000円+30,400円)

療養の給付	請求点	※決定点	一部負担金額	円
①公費	70,000		(81,430)	
②	40,000		111,830	
			5,000	
				円 ※ 高額療養費 円 ※ 公費負担点数 点 ※ 公費負担点数 点

《療養の給付》

※公費にかかる自己負担限度額が5,000円の場合



第1部 診療報酬等の請求について

第2部 地方単独医療費の請求について

巻末 請求に関するQ&A

事例11 (国保・公費54併用・70歳未満外来・区分ウの患者) 高額療養費が発生しない場合

○診療報酬明細書
(医科入院外)

都道府県番号 医療機関コード

令和年月分

1 医科	①社・国 2公費	3後期	1単独 ②2併 33併	②本外 4六外 6家外	8高外一 0高外7
3	2			1098	⑦()

公費負担者番号①	54	601	公費負担医療の受給者番号①	
公費負担者番号②			公費負担医療の受給者番号②	

保険者番号				
被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号	(枝番)			

氏名						特記事項	28区ウ	保険医療機関の所在地及び名称
職務上の事由	1男 2女	1明 2大 3昭 4平 5令	. . . 生					
	1職務上 2下船後3月以内 3通勤災害							

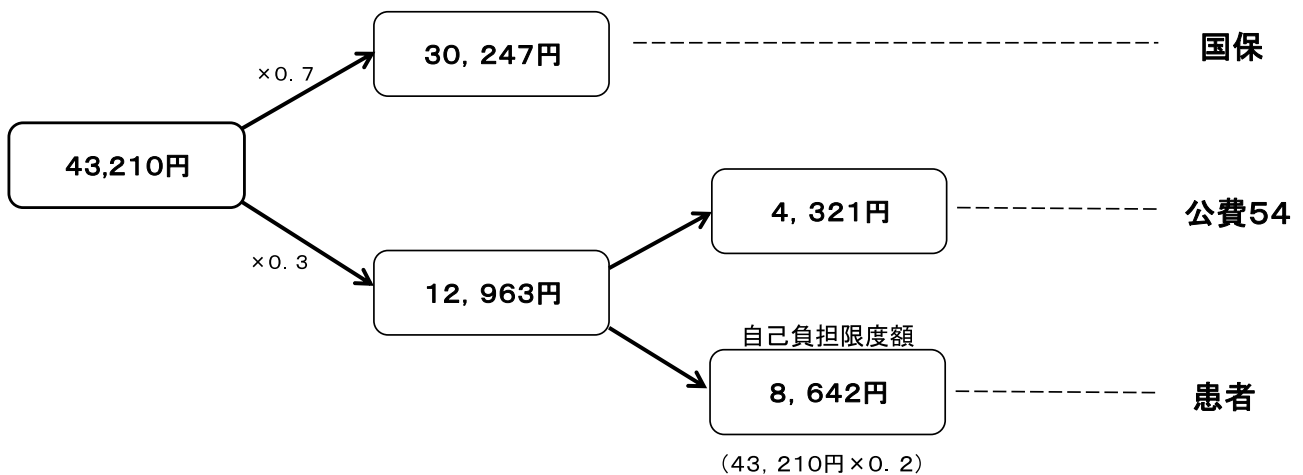
高額療養費が発生しないため、一部負担金の記入は不要です。

療養の給付	請求点	※	決定点	一部負担金額	円
公費	4,321				
①公費		※		8,642	円
②		※			円 ※ 高額療養費 円 ※ 公費負担点数 点 ※ 公費負担点数 点

公費に係る自己負担限度額が上限に到達せず、高額療養費が発生しない場合は1円単位で記入願います。

《療養の給付》

※公費にかかる自己負担限度額が10,000円の場合



留意点

難病の患者に対する医療等に関する法律(難病法)について

- 難病法に基づく医療費助成制度において、医療保険の患者負担割合が3割の者については、負担割合が2割に軽減されます。
- 入院・入院外の区分を設定せず、また、複数の指定機関(薬局、訪問看護ステーションを含む)で支払われた自己負担をすべて合算した上で自己負担限度額を適用します。

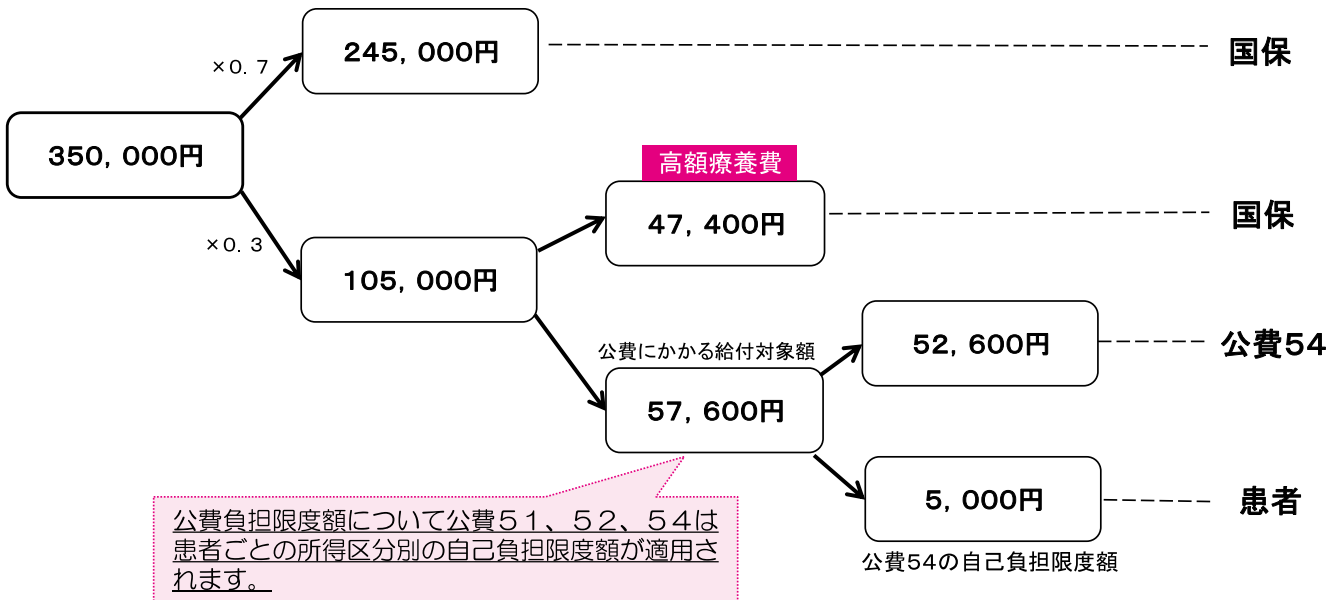
事例12 (国保・公費54併用・70歳未満外来・区分工の患者) 高額療養費が発生する場合

○診療報酬明細書 (医科入院外)		都道府 県番号	医療機関コード	1 医科	①社・国 2公費	3後期	1単独 ②2併 33併	②本外 4六外 6家外	8高外一 0高外7
令和 年 月 分				保険者 番号	3	2	給付割合 1098	⑦ ()	
公費負担者番号①	5	4	6	0	1	公費負担医療の受給者番号①			
公費負担者番号②					公費負担医療の受給者番号②				
氏名				特記事項		保険医療機関の所在地及び名称			
1男 2女 1明 2大 3昭 4平 5令 . . . 生				29 区工					
職務上の事由				1職務上 2下船後3月以内 3通勤災害					
療養の給付	請求点	※	決定点	一部負担金額	円				
	35,000			57,600					
	公費	点	※	点	円				
①				5,000					
②					円	※ 高額療養費 円	※ 公費負担点数 点	※ 公費負担点数 点	

高額療養費が発生するため、一部負担金の記入が必要です。
所得区分ごとの計算方法は参考資料(P48)をご参照ください。

《療養の給付》

※公費にかかる自己負担限度額が5,000円の場合



第1部 診療報酬等の請求について

第2部 地方単独医療費の請求について

巻末 請求に関するQ&A

事例13 (国保・公費54併用・70歳未満外来・区分工の患者) 分点数で高額療養費が発生する場合

○診療報酬明細書
(医科入院外)

都道府 医療機関コード
県番号

1 医科	①社・国 2公費	3後期	1単独 ②2併 33併	②本外 4六外 6家外	8高外一 0高外7
3	2			1098	⑦()

令和年月分

公費負担者番号①	54	601	公費負担医療の受給者番号①	
公費負担者番号②			公費負担医療の受給者番号②	

保険者番号				
被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号	(枝番)			

氏名					特記事項	29 区工
職務上の事由	1 職務上	2 下船後3月以内	3 通勤災害		保険医療機関の所在地及び名称	

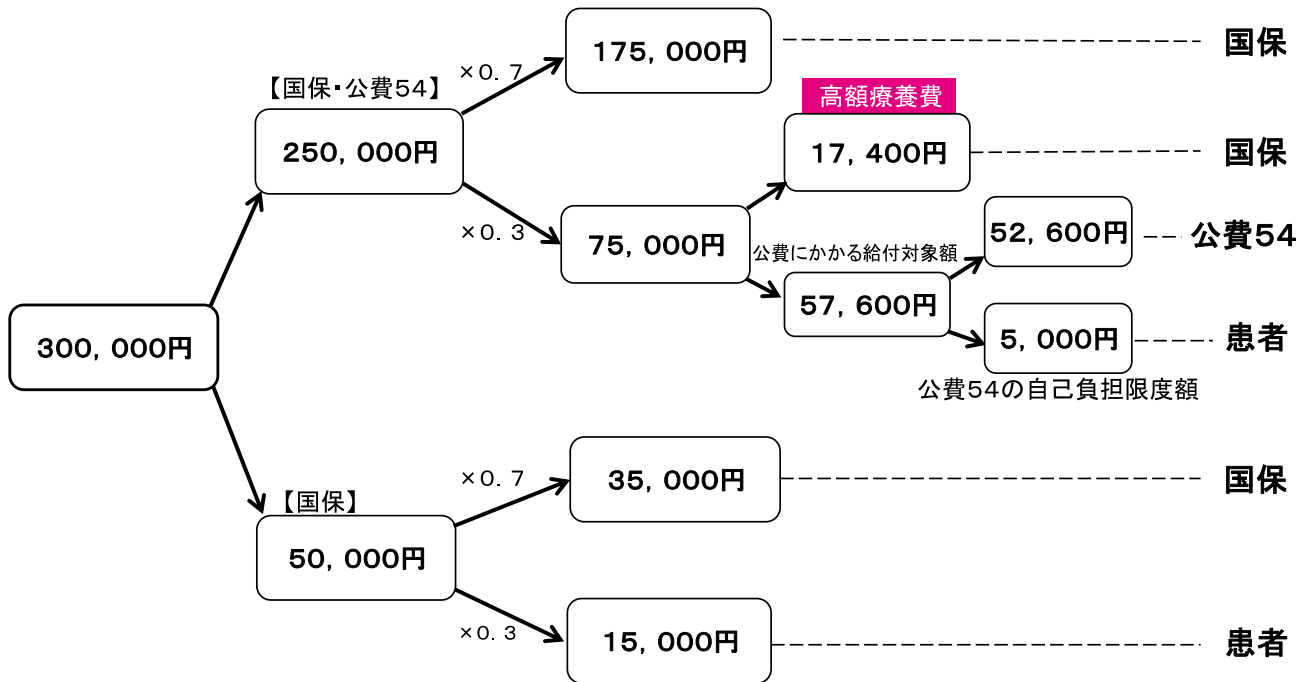
支払いを受けた一部負担金と公費負担医療が給付する額とを合算した金額を記入します。

(52,600円+5,000円+15,000円)

療養の給付	請求点	※決定点	一部負担金額	円
①公費	30,000		(57,600)	
②公費	25,000		72,600	
①公費		点※	5,000	円
②公費		点※		円
			※高額療養費	円
			※公費負担点数	点
			※公費負担点数	点

《療養の給付》

※公費にかかる自己負担限度額が5,000円の場合



事例14 (国保・公費54併用・70歳未満外来・区分ウの患者) 分点数で高額療養費が発生する場合

○診療報酬明細書 (医科入院外) 令和 年 月 分

都道府県番号 医療機関コード

1 ①社・国 医科 2 公費	3 後期	1 単独 ② 2 併 3 3 併	② 本外 4 六外 6 家外	8 高外一 0 高外7
3	2		10 9 8	⑦ ()

公費負担者番号 ① 5 4 6 0 1 公費負担医療の受給者番号①

公費負担者番号 ② 公費負担医療の受給者番号②

保険者番号 3 2

被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号 (枝番)

氏名 28 区ウ

特記事項 28 区ウ

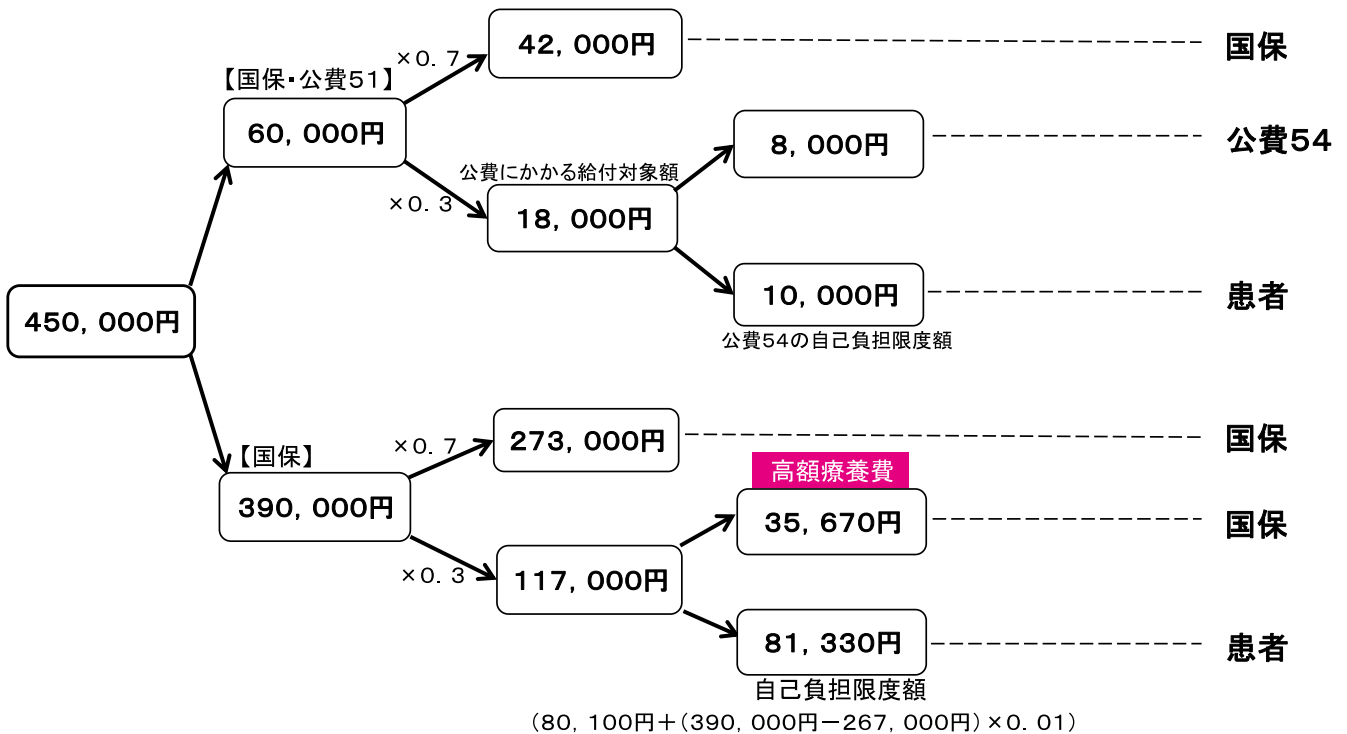
保険医療機関の所在地及び名称

支払いを受けた一部負担金と公費負担医療が給付する額とを合算した金額を記入します。
(8,000円+10,000円+81,330円)

請求点	※ 決定点	一部負担金額	円
45,000		(18,000)	
		99,330	
公費の給付①	点	10,000	円
6,000			
公費の給付②	点		円
		※ 高額療養費	円
		※ 公費負担点数	点
		※ 公費負担点数	点

《療養の給付》

※公費にかかる自己負担限度額が10,000円の場合



事例15 (国保・単独・高齢受給者外来・区分工の患者) 高額療養費が発生しない場合

第1部 診療報酬等の請求について

第2部 地方単独医療費の請求について

巻末 請求に関するQ&A

○診療報酬明細書 (医科入院外)

都道府県番号: _____ 医療機関コード: _____

令和 年 月 分 _____

1 医科	①社・国 2 公費	3 後期	①単独 2 2併 3 3併	2 本外 4 六外 6 家外	⑧高外一 0高外7
保険者番号	3	2		給付割合 10 9 ⑧ 7 ()	

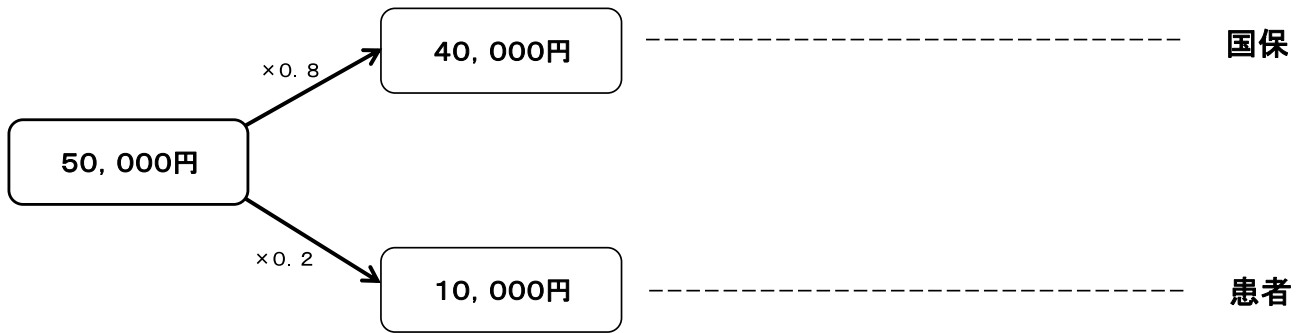
被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号 _____ (枝番)

氏名	特記事項	保険医療機関の所在地及び名称
1男 2女 1明 2大 3昭 4平 5令 . . . 生	29 区工	
職務上の事由	1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害	

高額療養費が発生しないため、一部負担金の記入は不要です。

療養の給付	請求点	※決定点	一部負担金額	円
①公費	5,000			
②				

《療養の給付》



留意点

高齢受給者(70歳～74歳)にかかる窓口負担額について

○70歳を迎える誕生月の翌月から窓口負担が2割(現役並み所得者は3割)になります。

「本人・家族」、「給付割合」及び「特記事項」欄の不一致について

○本家入外区分を訂正した場合は、給付割合及び所得区分等にかかる特記事項の記載を改めてご確認ください。

事例16 (国保・単独・高齢受給者外来・区分才の患者) 高額療養費が発生する場合

○診療報酬明細書 (医科入院外)

令和 年 月 分

都道府県番号 医療機関コード

1	①社・国	3	後期	①単独	2	本外	⑧高外
医科	2	公費		2	2	併	4
				3	3	併	6
							家外
							10
							9
							⑨
							0
							高外7

保険者番号 3 2

被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号 (枝番)

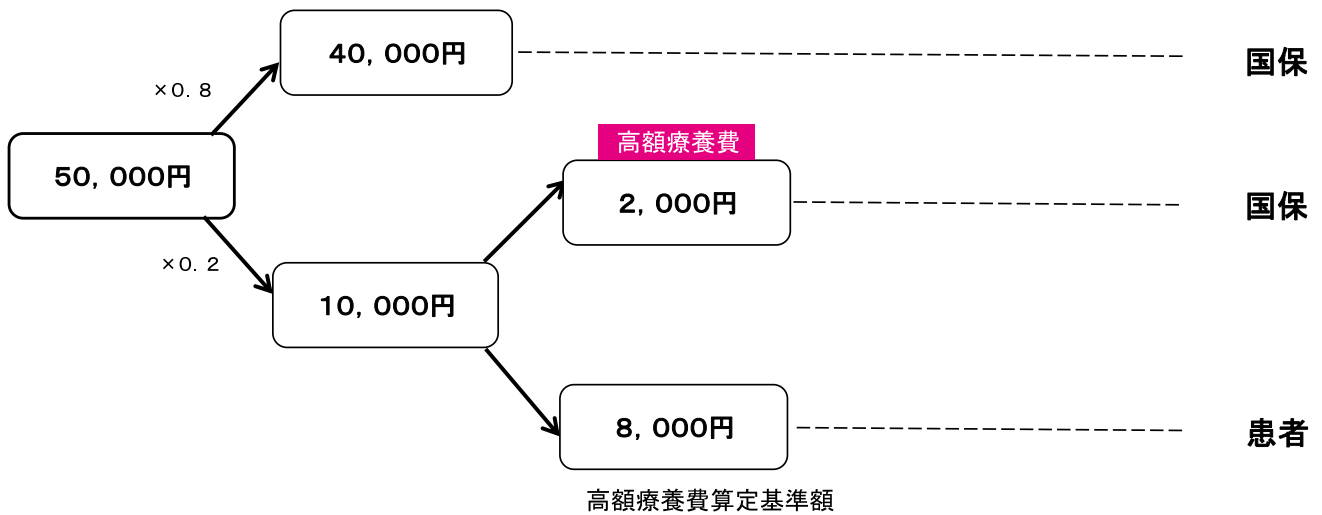
氏名 1男 2女 1明 2大 3昭 4平 5令 . . 生 30 区才

特記事項 30 区才

患者負担である2割相当額 (10,000円) が高額療養費算定基準額 (8,000円) を超え、高額療養費が発生するため、一部負担金額の記入が必要です。

請求点	※	決定点	一部負担金額	円
5,000			8,000	
点	※	点		円
				低所得Ⅱ
円	※	円	円	※
				※
				※

《療養の給付》



留意点

摘要欄への所得区分の記入について

○限度額適用認定証情報の適用区分が「Ⅰ」 ⇒ 摘要欄に「低所得Ⅰ」と記入

○限度額適用認定証情報の適用区分が「Ⅱ」 ⇒ 摘要欄に「低所得Ⅱ」と記入

※外来は高額療養費が発生する場合のみ

事例17 (国保・公費10併用・高齢受給者外来区分工の患者) 分点数で高額療養費が発生しない場合

○診療報酬明細書
(医科入院外)

都道府 医療機関コード
県番号

1 医科	①社・国 2公費	3後期	1単独 ②2併 33併	2本外 4六外 6家外	⑧高外一 0高外7
3	2			109⑧	7()

令和 年 月 分

公費負担者番号①	10	公費負担医療の受給者番号①	
公費負担者番号②		公費負担医療の受給者番号②	

保険者番号		被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号	(枝番)
-------	--	---------------------	------

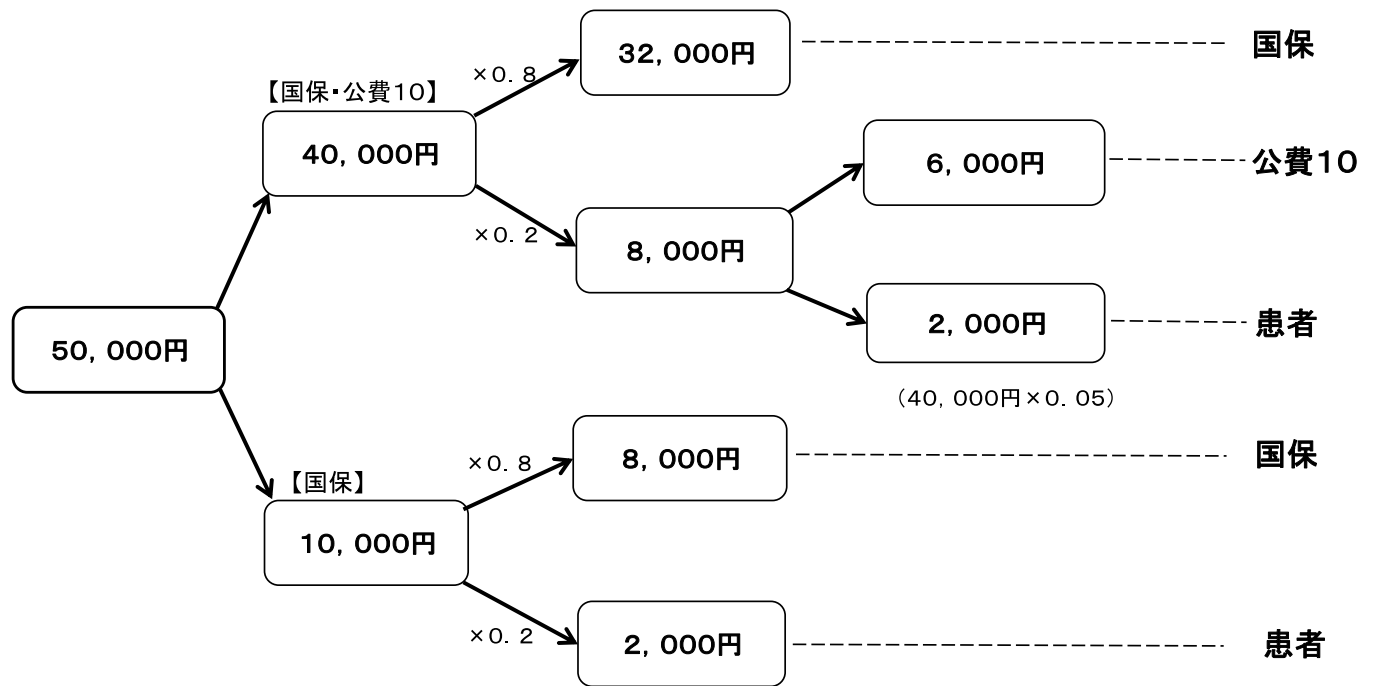
氏名		特記事項	29区工
1男 2女 1明 2大 3昭 4平 5令 . . . 生		1職務上 2下船後3月以内 3通勤災害	

保険医療機関の所在地及び名称

高額療養費が発生しないため、一部負担金の記入は不要です。

請求点	5,000	※決定点		一部負担金額	円
公費給付①	4,000	※			円
公費給付②		※		円	※高額療養費 円 ※公費負担点数点 ※公費負担点数点

《療養の給付》



第1部 診療報酬等の請求について

第2部 地方単独医療費の請求について

巻末 請求に関するQ&A

事例18 (国保・公費10併用・高齢受給者外来・区分工の患者) 高額療養費が発生する場合

○診療報酬明細書 (医科入院外)

令和 年 月 分

都道府県番号 医療機関コード

1 ①社・国 2 公費	3 後期	1 単独 2 併 3 併	2 本外 4 六外 6 家外	⑧高外一 0高外7
3	2		10 9 ⑧	7 ()

保険者番号

被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号 (枝番)

公費負担者番号 ①	1 0	公費負担医療の受給者番号①	
公費負担者番号 ②		公費負担医療の受給者番号②	

氏名

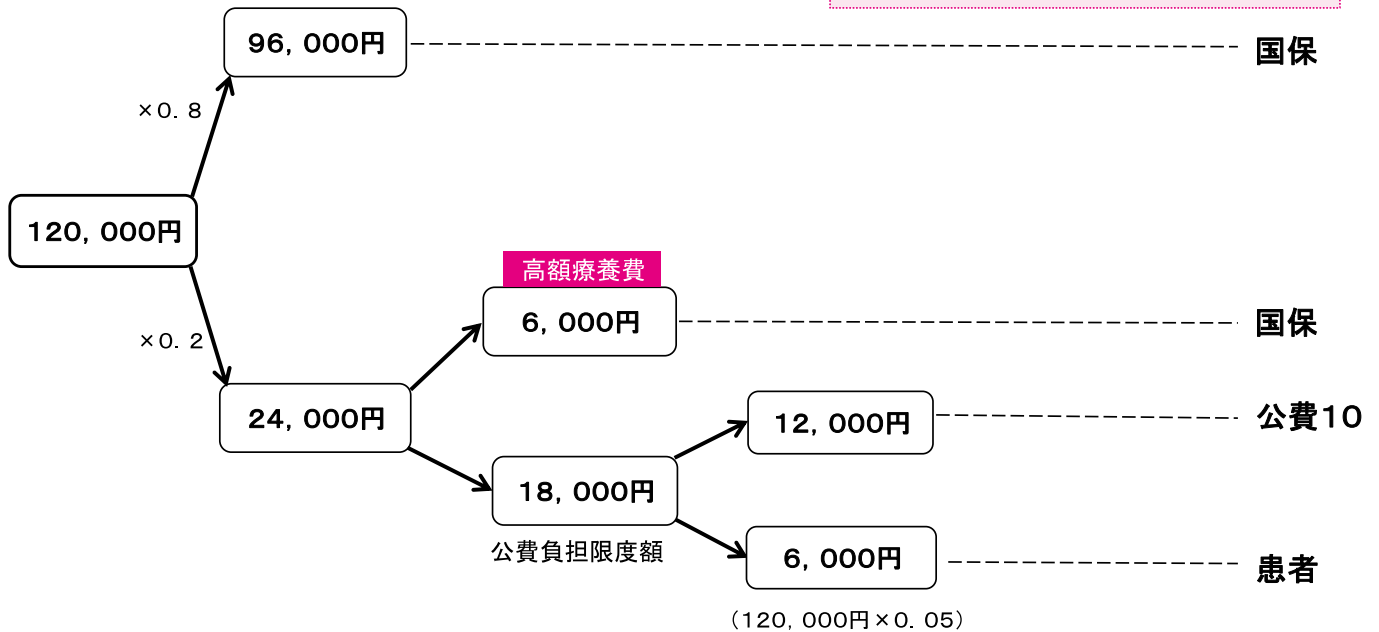
特記事項 29 区工

保険医療機関の所在地及び名称

患者負担である2割相当額(24,000円)が高額療養費算定基準額(18,000円)を超え、高額療養費が発生するため、一部負担金額の記入が必要です。

請求点	※ 決 定 点	一部負担金額 円
12,000		18,000
	※ 点	円
		6,000
給付	※ 点	※ 高額療養費 円
① 公費		※ 公費負担点数 点
②		※ 公費負担点数 点

《療養の給付》



事例19 (国保・公費54併用・高齢受給者外来・区分才の患者) 高額療養費が発生する場合

○診療報酬明細書
(医科入院外)

都道府 医療機関コード
県番号

1 医科	①社・国 2公費	3後期	1単独 ②2併 33併	2本外 4六外 6家外	⑤高外一 0高外7
3	2			給付割合 109⑧ 7()	

令和 年 月 分

公費負担者番号①	5	4	6	0	1	公費負担医療の受給者番号①
公費負担者番号②						公費負担医療の受給者番号②

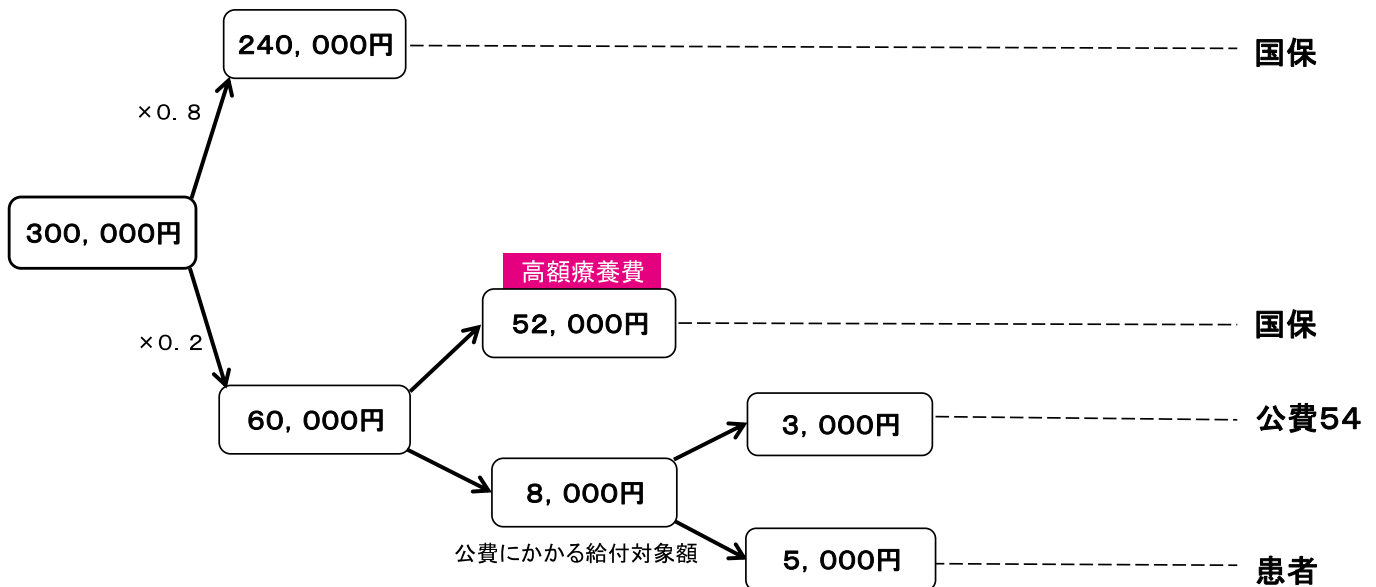
保険者番号									
被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号		(枝番)							

氏名						特記事項	保険医療機関の所在地及び名称
1男 2女	1明 2大 3昭 4平 5令					30 区才	
職務上の事由	1 職務上	2 下船後3月以内	3 通勤災害				

療養の給付	請求点	※ 決 定 点	一部負担金額 円			
① 公費	30,000		8,000	低所得Ⅱ		
② 公費			5,000			
	点	点	円	円 ※ 高額療養費	円 ※ 公費負担点数	点 ※ 公費負担点数

《療養の給付》

※公費にかかる自己負担限度額が5,000円の場合



第1部 診療報酬等の請求について

第2部 地方単独医療費の請求について

巻末 請求に関するQ&A

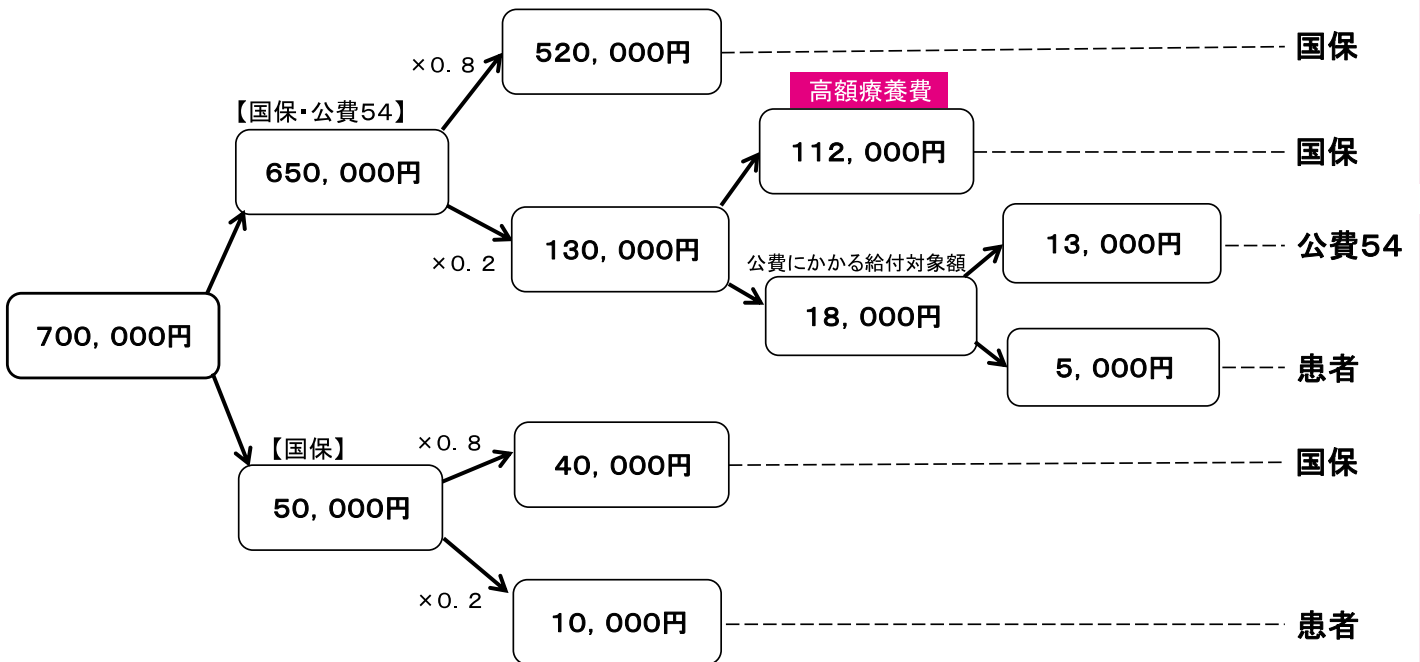
事例20 (国保・公費54併用・高齢受給者外来・区分工の患者) 分点数で高額療養費が発生する場合

○診療報酬明細書 (医科入院外)		都道府 県番号	医療機関コード	1 医科	①社・国 2公費	3後期	1単独 ②2併 33併	2本外 4六外 6家外	⑧高外一 0高外7	
令和 年 月 分				保険者 番号	3	2		109⑧ 7()		
公費負担者番号①	54	601	公費負担医療の受給者番号①	被保険者証・被保険者 手帳等の記号・番号						(枝番)
公費負担者番号②			公費負担医療の受給者番号②							
氏名	特記事項			保険医療機関の所在地及び名称						
1男 2女 1明 2大 3昭 4平 5令 . . . 生	29 区工									
職務上の事由	1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害									
療養の給付	請求点	※決定点	一部負担金額							
①公費	70,000		(18,000) 28,000							
②	65,000		5,000							
	点	※	点	円	※ 高額療養費	円	※ 公費負担点数	点	※ 公費負担点数	点

支払いを受けた一部負担金と公費負担医療が給付する額とを合算した金額を記入します。
(13,000円+5,000円+10,000円)

《療養の給付》

※公費にかかる自己負担限度額が5,000円の場合



第1部 診療報酬等の請求について
第2部 地方単独医療費の請求について
巻末 請求に関するQ&A

事例21 (国保・単独・高齢受給者外来・区分ウの患者) 75歳到達月で高額療養費が発生する場合

第1部 診療報酬等の請求について

第2部 地方単独医療費の請求について

巻末 請求に関するQ&A

○診療報酬明細書 (医科入院外)

令和 年 月 分

都道府県番号 医療機関コード

1 医科	①社・国 2 公費	3 後期	①単独 2 2併 3 3併	2 本外 4 六外 6 家外	8 高外一 ⑩高外7
------	--------------	------	---------------------	----------------------	---------------

保険者番号 3 2

被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号 (枝番)

公費負担者番号 ① 公費負担医療の受給者番号①

公費負担者番号 ② 公費負担医療の受給者番号②

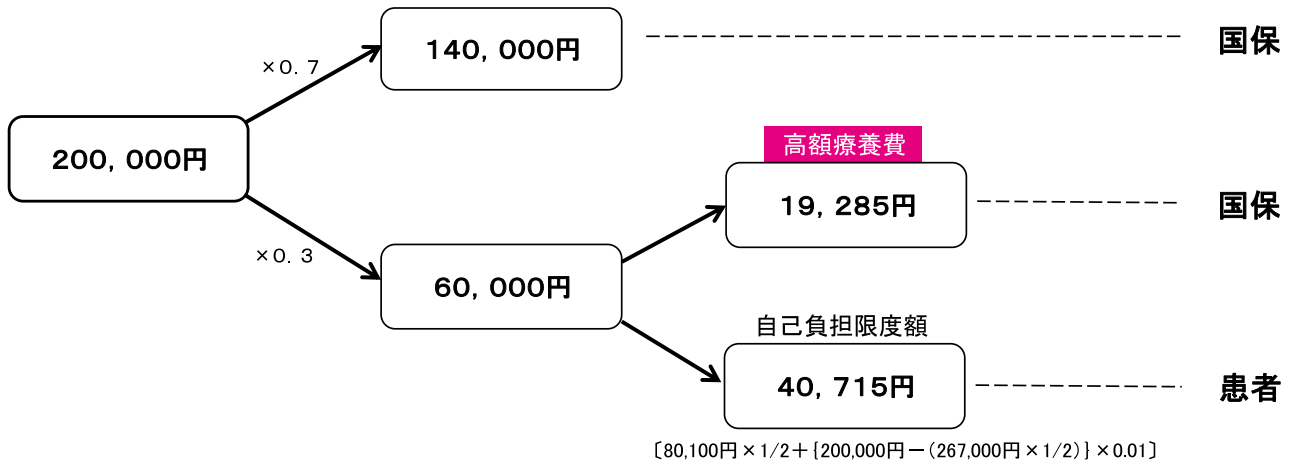
氏名 1男 2女 1明 2大 3昭 4平 5令 . . . 生 28 区ウ

特記事項 保険医療機関の所在地及び名称

75歳到達月(後期高齢者医療加入月)は、加入前後それぞれの医療保険における自己負担限度額が2分の1になります(1日に到達する場合を除く)。

請求点	※決定点	一部負担金額
20,000		40,715
療養費の給付①	点	円
療養費の給付②	点	円
※高額療養費	円	※公費負担点数
		※公費負担点数

《療養の給付》



留意点

75歳到達月における記入事項その1

～自己負担限度額特例対象被扶養者等～

- ①被用者保険の被保険者本人が75歳到達により後期高齢者医療制度に加入した場合の被扶養者
- ②国民健康保険組合の組合員本人が75歳到達により後期高齢者医療制度に加入した場合に、市町村国保に保険を変えた同一世帯の被保険者

⇒月途中で75歳に到達し後期高齢者医療の被保険者となった月に上記の者が療養を受けた場合は、

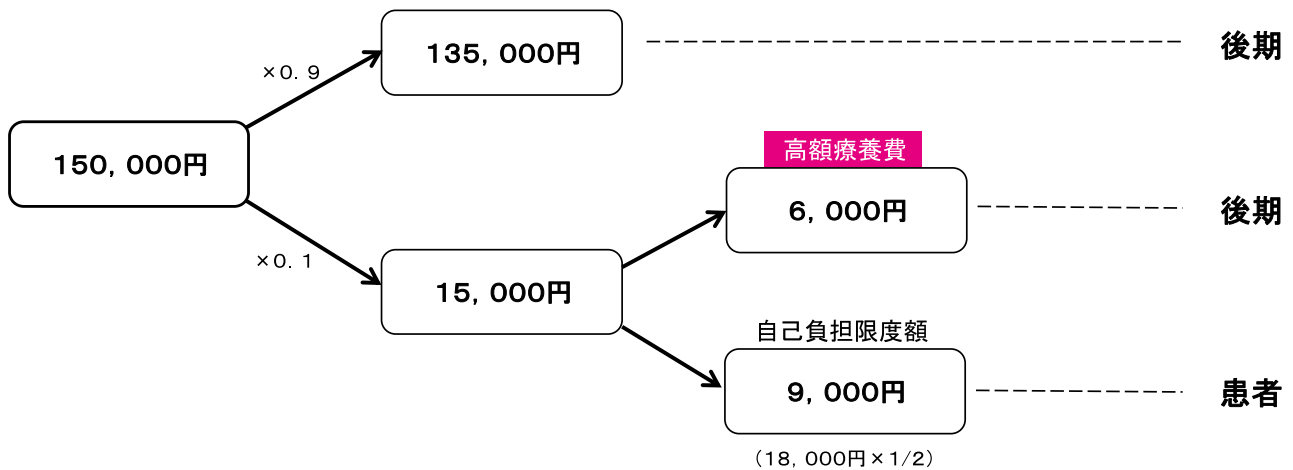
上記の者のレセプトの特記事項に「21高半」と記載し、自己負担限度額は2分の1になります。

事例22（後期高齢・単独・区分キの患者）75歳到達月で高額療養費が発生する場合

○診療報酬明細書 (医科入院外)		都道府 県番号	医療機関コード	1 医科	1社・国 2公費	③後期	①単独 22併 33併	2本外 4六外 6家外	⑧高外一 0高外7
令和 年 月 分				3	9	3	2	10	⑨ 8
公費負担者番号 ①	公費負担医療の受給者番号①			3 9 3 2				給付割合 7 ()	
公費負担者番号 ②	公費負担医療の受給者番号②							被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号 (枝番)	
氏名	特記事項 42区キ		保険医療機関の所在地及び名称						
1男 2女 1明 2大 3昭 4平 5令 . . . 生									
職務上の事由	1職務上 2下船後3月以内 3通勤災害								
療養の給付	請求点	※ 決 定 点	一部負担金額	円					
①公費	15,000		9,000						
②									
	点	※ 点	円	円 ※ 高額療養費		円 ※ 公費負担点数		点 ※ 公費負担点数	

75歳到達月（後期高齢者医療加入月）のため、自己負担限度額が2分の1となります。

《療養の給付》



留意点

75歳到達月における記入事項その2

～65歳以上75歳未満の障害認定を受けた後期高齢者医療被保険者～

- 75歳到達月であっても保険変更がないため、自己負担限度額が2分の1にはなりません。
- 75歳到達月のレセプト摘要欄に「障害」と記入します。

参考 1

自己負担割合と高額療養費制度における自己負担限度額

【自己負担割合】

75歳以上(後期高齢者/65歳以上の寝たきり等の障害認定の患者を含む)	低所得・一般Ⅰ:1割	一般Ⅱ:2割	現役並所得:3割
70～74歳(高齢受給者)	2割		現役並所得:3割
6歳4月(義務教育就学以降)～69歳	3割		
6歳3月末以前(義務教育就学前)	2割		

【自己負担限度額】

<70歳未満の者>

	自己負担限度額	多数該当(※1)	特記事項欄の記載	
			多数該当以外	多数該当
●区分ア 標準報酬月額83万円以上	252,600円+(医療費-842,000円)×0.01	140,100円	26区ア	31多ア
●区分イ 標準報酬月額53万～79万円	167,400円+(医療費-558,000円)×0.01	93,000円	27区イ	32多イ
●区分ウ 標準報酬月額28万～50万円	80,100円+(医療費-267,000円)×0.01	44,400円	28区ウ	33多ウ
●区分エ 標準報酬月額26万円以下	57,600円	44,400円	29区エ	34多エ
●区分オ 低所得(住民税非課税)	35,400円	24,600円	30区オ	35多オ
高額長期疾病患者の自己負担限度額(月額):10,000円 ただし、人工透析を要する上位所得者については20,000円			02長 16長2	(※2)

<高齢受給者>

	自己負担限度額			特記事項欄の記載	
	世帯単位(入院・外来)	個人単位(外来)	多数該当(※1)	多数該当以外	多数該当
●現役並所得者Ⅲ 標準報酬月額83万円以上	252,600円+(医療費-842,000円)×0.01		140,100円	26区ア	31多ア
●現役並所得者Ⅱ 標準報酬月額53万～79万円	167,400円+(医療費-558,000円)×0.01		93,000円	27区イ	32多イ
●現役並所得者Ⅰ 標準報酬月額28万～50万円	80,100円+(医療費-267,000円)×0.01		44,400円	28区ウ	33多ウ
●一般 標準報酬月額26万円以下	57,600円	18,000円	44,400円	29区エ	34多エ
●低所得Ⅱ (住民税非課税)	24,600円	8,000円		30区オ	
●低所得Ⅰ (住民税非課税・所得が一定以下)	15,000円	8,000円		30区オ	
高額長期疾病患者の自己負担限度額(月額):10,000円				02長	(※2)

<後期高齢者>

	自己負担限度額			特記事項欄の記載	
	世帯単位(入院・外来)	個人単位(外来)	多数該当(※1)	多数該当以外	多数該当
●現役並所得者Ⅲ 標準報酬月額83万円以上	252,600円+(医療費-842,000円)×0.01		140,100円	26区ア	31多ア
●現役並所得者Ⅱ 標準報酬月額53万～79万円	167,400円+(医療費-558,000円)×0.01		93,000円	27区イ	32多イ
●現役並所得者Ⅰ 標準報酬月額28万～50万円	80,100円+(医療費-267,000円)×0.01		44,400円	28区ウ	33多ウ
●一般Ⅱ 課税所得28万円以上	57,600円	18,000円	44,400円	41区カ	43多カ
●一般Ⅰ 課税所得28万円未満	57,600円	18,000円	44,400円	42区キ	44多キ
●低所得Ⅱ (住民税非課税)	24,600円	8,000円		30区オ	
●低所得Ⅰ (住民税非課税・所得が一定以下)	15,000円	8,000円		30区オ	
高額長期疾病患者の自己負担限度額(月額):10,000円				02長	(※3)

※1 多数該当 ⇒過去12ヶ月に3回以上高額療養費の支給を受け4回目の支給に該当する場合

※2 自己負担額が限度額10,000円または20,000円を超えない場合は特記事項の記入は不要です。

※3 自己負担額が限度額10,000円または20,000円を超えない場合は特記事項の記入は不要です。

参考2

第三者の不法行為にかかるレセプトについて

レセプトの記載要領では、患者の疾病又は負傷が第三者の不法行為（交通事故等）によって生じたと認められる場合は、特記事項欄に「10第三」と記入することとなっています。第三者の不法行為には、交通事故のほか、他人の飼い犬による咬傷、食中毒、けんかによる傷害等が該当します。

○診療報酬明細書 (医科入院外)		都道府 県番号	医療機関コード	1 医科	①社・国 2公費	3後期	①単独 22併 33併	②本外 4六外 6家外	8高外一 0高外7
令和 年 月 分		保険者 番号		3	2	給付割合 10 9 8		⑦ ()	
公費負担者番号 ①	公費負担 医療の受 給者番号①	被保険者証・被保険者 手帳等の記号・番号							
公費負担者番号 ②	公費負担 医療の受 給者番号②								
氏名	特記事項		保険医 療機関 の所在 地及び 名称						
1男 2女 1明 2大 3昭 4平 5令 . . 生	10 第三								
職務上の事由	1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害								



疾病又は負傷が第三者の不法行為によって生じた場合は、特記事項欄に「10 第三」と記入する。

- 第三者の不法行為による負傷等で国民健康保険等を使用して治療を受ける場合は、加入する保険者へ「第三者行為による傷病届」を提出することが法令で義務付けられています。
- 受付窓口等において、「第三者行為による傷病届」の提出義務があることを被保険者にお伝えいただきますよう、ご協力をお願いします。


第1部 診療報酬等の請求について
第2部 地方単独医療費の請求について
巻末 請求に関するQ&A

交通事故等による傷病届（事故はがき）について

本会が作成した「交通事故等による傷病届（事故はがき）」を一部の医療機関、薬局にお送りしています。第三者行為によるもので、マイナンバーカードを使用して治療を受けられた方にお渡しいたしますよう、よろしくお願ひします。

<p style="text-align: center;">郵便はがき</p> <p style="text-align: center; font-size: 24px; font-weight: bold;">6 9 0 - 8 7 9 0</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">  <p>料金受取人私郵便 松江中央局 承認 2030 差出有効期限 2026年6月 30日まで 切手不要</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p style="writing-mode: vertical-rl; font-weight: bold; font-size: 18px;">島根県国民健康保険団体連合会 行 き</p> <p style="writing-mode: vertical-rl; font-weight: bold;">島根県松江市学園一丁目7番14号 (受取人)</p> </div> </div> <p style="text-align: center; font-size: 12px;">きりとり線</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="font-weight: bold; font-size: 14px;">負傷・疾病原因が 交通事故 けんか 食中毒 他人の犬に咬まれた など</p> <p>第三者行為によるもので 保険証を使用し治療を受ける場合は 市町村等に届出が必要です!!</p> <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; font-size: 10px;"> <p>このはがき裏面の左側を参考にし 右側に必要事項を記入のうえ 投函してください。</p> </div> <p style="font-size: 10px;">※ご記入いただいた個人情報は、第三者行為 求償事務以外の目的に利用・提供すること はありません。</p>  </div> <p style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: 12px;">島根県国民健康保険団体連合会</p>
--	---

国民健康保険・後期高齢者医療制度 ご加入のみなさまへ

<p style="text-align: center; font-size: 10px;">目隠しシール貼付部分</p> <p style="font-weight: bold; font-size: 12px;">下記【個人情報の取扱いについて】をお読みになり、 次の記入要領に従ってご記入ください。</p> <ol style="list-style-type: none"> ① あなたが使用された保険の種類を○で囲んでください。 ② 被保険者証を確認しながら、ご記入ください。 ③ あなたの住所、氏名、生年月日をご記入ください。 ④ 相手方の住所、氏名をご記入ください。 ⑤ 事故発生年月日、事故発生場所をご記入ください。 ⑥ 最初に治療を受けた医療機関名をご記入ください。 ⑦ 国民健康保険の場合は「世帯主」の方、 後期高齢者医療制度の場合は「被保険者」の方がご記入ください。 ※記入できない場合は、代理の方がご記入ください。 <p style="font-weight: bold; font-size: 12px;">ありがとうございました。</p> <p>シールを 内に貼り、ご投函ください。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; font-size: 10px; margin-top: 10px;"> <p>【個人情報の取扱いについて】 ご提供いただく個人情報は、第三者行為求償事務処理に利用し、 それ以外の目的で利用、提供はいたしません。個人情報の記入は 任意ですが、記入いただけない場合、適切な事務処理ができない ことがあります。個人情報の開示・訂正等をご希望される場合、以 下のお問い合わせ窓口までご連絡ください。なお、個人情報の管 理責任は、個人情報保護管理者（電話：0852-21-2113）が有します。</p> <p style="font-size: 10px;">（お問い合わせ窓口） 〒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 事業課 電話：0852-21-2176</p>  </div> <p style="text-align: center; font-size: 10px;">きりとり線</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center;">①</td> <td style="width: 75%;">交通事故等による傷病届 国保 後期高齢者</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">②</td> <td> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">保険者番号</td> <td style="width: 80%;"></td> </tr> <tr> <td>被保険者証番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="3" style="writing-mode: vertical-rl; text-align: center;">被 保 険 者</td> <td>〒 - 市 町</td> </tr> <tr> <td>住 所 郡 村</td> </tr> <tr> <td>(ふりがな)</td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="writing-mode: vertical-rl; text-align: center;">③</td> <td>氏 名</td> </tr> <tr> <td>生 年 月 日 年 月 日</td> </tr> <tr> <td rowspan="3" style="writing-mode: vertical-rl; text-align: center;">④</td> <td>〒 - 市 町</td> </tr> <tr> <td>住 所 郡 村</td> </tr> <tr> <td>(ふりがな)</td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="writing-mode: vertical-rl; text-align: center;">⑤</td> <td>氏 名</td> </tr> <tr> <td>事 故 発 生 年 月 日 令和 年 月 日</td> </tr> <tr> <td style="writing-mode: vertical-rl; text-align: center;">⑥</td> <td>事 故 発 生 場 所 市 町 郡 村</td> </tr> <tr> <td style="writing-mode: vertical-rl; text-align: center;">⑦</td> <td> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">最初に治療を受けた医療機関名</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">個人情報の取扱いに同意し、上記の通り届出ます。</td> </tr> <tr> <td colspan="2">令和 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>〒 -</td> <td></td> </tr> <tr> <td>住 所</td> <td></td> </tr> <tr> <td>氏 名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>電話番号</td> <td></td> </tr> </table> </td> </tr> </table> </td> </tr> </table>	①	交通事故等による傷病届 国保 後期高齢者	②	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">保険者番号</td> <td style="width: 80%;"></td> </tr> <tr> <td>被保険者証番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="3" style="writing-mode: vertical-rl; text-align: center;">被 保 険 者</td> <td>〒 - 市 町</td> </tr> <tr> <td>住 所 郡 村</td> </tr> <tr> <td>(ふりがな)</td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="writing-mode: vertical-rl; text-align: center;">③</td> <td>氏 名</td> </tr> <tr> <td>生 年 月 日 年 月 日</td> </tr> <tr> <td rowspan="3" style="writing-mode: vertical-rl; text-align: center;">④</td> <td>〒 - 市 町</td> </tr> <tr> <td>住 所 郡 村</td> </tr> <tr> <td>(ふりがな)</td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="writing-mode: vertical-rl; text-align: center;">⑤</td> <td>氏 名</td> </tr> <tr> <td>事 故 発 生 年 月 日 令和 年 月 日</td> </tr> <tr> <td style="writing-mode: vertical-rl; text-align: center;">⑥</td> <td>事 故 発 生 場 所 市 町 郡 村</td> </tr> <tr> <td style="writing-mode: vertical-rl; text-align: center;">⑦</td> <td> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">最初に治療を受けた医療機関名</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">個人情報の取扱いに同意し、上記の通り届出ます。</td> </tr> <tr> <td colspan="2">令和 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>〒 -</td> <td></td> </tr> <tr> <td>住 所</td> <td></td> </tr> <tr> <td>氏 名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>電話番号</td> <td></td> </tr> </table> </td> </tr> </table>	保険者番号		被保険者証番号		被 保 険 者	〒 - 市 町	住 所 郡 村	(ふりがな)	③	氏 名	生 年 月 日 年 月 日	④	〒 - 市 町	住 所 郡 村	(ふりがな)	⑤	氏 名	事 故 発 生 年 月 日 令和 年 月 日	⑥	事 故 発 生 場 所 市 町 郡 村	⑦	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">最初に治療を受けた医療機関名</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">個人情報の取扱いに同意し、上記の通り届出ます。</td> </tr> <tr> <td colspan="2">令和 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>〒 -</td> <td></td> </tr> <tr> <td>住 所</td> <td></td> </tr> <tr> <td>氏 名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>電話番号</td> <td></td> </tr> </table>	最初に治療を受けた医療機関名		個人情報の取扱いに同意し、上記の通り届出ます。		令和 年 月 日		〒 -		住 所		氏 名		電話番号	
①	交通事故等による傷病届 国保 後期高齢者																																								
②	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">保険者番号</td> <td style="width: 80%;"></td> </tr> <tr> <td>被保険者証番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="3" style="writing-mode: vertical-rl; text-align: center;">被 保 険 者</td> <td>〒 - 市 町</td> </tr> <tr> <td>住 所 郡 村</td> </tr> <tr> <td>(ふりがな)</td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="writing-mode: vertical-rl; text-align: center;">③</td> <td>氏 名</td> </tr> <tr> <td>生 年 月 日 年 月 日</td> </tr> <tr> <td rowspan="3" style="writing-mode: vertical-rl; text-align: center;">④</td> <td>〒 - 市 町</td> </tr> <tr> <td>住 所 郡 村</td> </tr> <tr> <td>(ふりがな)</td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="writing-mode: vertical-rl; text-align: center;">⑤</td> <td>氏 名</td> </tr> <tr> <td>事 故 発 生 年 月 日 令和 年 月 日</td> </tr> <tr> <td style="writing-mode: vertical-rl; text-align: center;">⑥</td> <td>事 故 発 生 場 所 市 町 郡 村</td> </tr> <tr> <td style="writing-mode: vertical-rl; text-align: center;">⑦</td> <td> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">最初に治療を受けた医療機関名</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">個人情報の取扱いに同意し、上記の通り届出ます。</td> </tr> <tr> <td colspan="2">令和 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>〒 -</td> <td></td> </tr> <tr> <td>住 所</td> <td></td> </tr> <tr> <td>氏 名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>電話番号</td> <td></td> </tr> </table> </td> </tr> </table>	保険者番号		被保険者証番号		被 保 険 者	〒 - 市 町	住 所 郡 村	(ふりがな)		③	氏 名	生 年 月 日 年 月 日	④	〒 - 市 町	住 所 郡 村		(ふりがな)	⑤	氏 名	事 故 発 生 年 月 日 令和 年 月 日	⑥	事 故 発 生 場 所 市 町 郡 村	⑦	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">最初に治療を受けた医療機関名</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">個人情報の取扱いに同意し、上記の通り届出ます。</td> </tr> <tr> <td colspan="2">令和 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>〒 -</td> <td></td> </tr> <tr> <td>住 所</td> <td></td> </tr> <tr> <td>氏 名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>電話番号</td> <td></td> </tr> </table>	最初に治療を受けた医療機関名		個人情報の取扱いに同意し、上記の通り届出ます。		令和 年 月 日		〒 -		住 所		氏 名		電話番号			
保険者番号																																									
被保険者証番号																																									
被 保 険 者	〒 - 市 町																																								
	住 所 郡 村																																								
	(ふりがな)																																								
③	氏 名																																								
	生 年 月 日 年 月 日																																								
④	〒 - 市 町																																								
	住 所 郡 村																																								
	(ふりがな)																																								
⑤	氏 名																																								
	事 故 発 生 年 月 日 令和 年 月 日																																								
⑥	事 故 発 生 場 所 市 町 郡 村																																								
⑦	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">最初に治療を受けた医療機関名</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">個人情報の取扱いに同意し、上記の通り届出ます。</td> </tr> <tr> <td colspan="2">令和 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>〒 -</td> <td></td> </tr> <tr> <td>住 所</td> <td></td> </tr> <tr> <td>氏 名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>電話番号</td> <td></td> </tr> </table>	最初に治療を受けた医療機関名		個人情報の取扱いに同意し、上記の通り届出ます。		令和 年 月 日		〒 -		住 所		氏 名		電話番号																											
最初に治療を受けた医療機関名																																									
個人情報の取扱いに同意し、上記の通り届出ます。																																									
令和 年 月 日																																									
〒 -																																									
住 所																																									
氏 名																																									
電話番号																																									

第2部

地方单独医療費

1. 提出期限

福祉医療費及び乳幼児等医療費請求書の提出期限は、毎月10日です。
本会へ持参又は送付（10日必着）してください。

2. 請求方法

(1) 国保及び後期高齢者医療分

レセプトの公費負担者番号及び受給者番号欄に福祉医療費又は乳幼児等医療費の情報を記入して提出してください。

(2) 社保分

① 書面

連記様式の請求書を作成し提出してください（様式P52、53）。

記入項目については、記入項目説明（P54）を参照ください。

また、診療報酬等総括票の地方単独医療費等の該当欄に件数を記入してください。

② 電子媒体（CD-R、FD、MO）

電子請求ファイルレイアウト（P55）に基づき、請求データを作成後、電子媒体にデータを格納のうえ提出してください。電子媒体には医療機関コード等を記入し、「福祉（乳幼児等）医療費請求書（社保分）電子請求にかかる電子媒体等送付書」を添付してください（様式P57）。

なお、本会が提供する簡易入力システムでも請求データの作成が可能です。当該入力システム及び各種手順書は本会ホームページからダウンロード可能です。

また、請求にあたり事前テストを希望される場合は連絡してください。

※医療保険及び4種の公費（5併）での請求については、電子請求ファイルレイアウト上第4公費を設けていないため、お手数ですが書面で請求してください。

◇ 「診療報酬等総括票」

◇ 「電子媒体等送付書」

◇ 「福祉医療費請求書（社保分）／乳幼児等医療費請求書（社保分）」

【本会ホームページ】

保険医療機関・保険薬局のみなさま → 各種様式 → 福祉及び乳幼児等医療費

3. 請求書の返戻

(1) 国保及び後期高齢者医療分

記載不備等により返戻する場合、「増減点等及び返戻通知書」（様式P17）の摘要欄に事由を記載し、該当レセプトを返送します。

(2) 社保分

① 書面

全件返戻する場合 … 「増減点等及び返戻通知書」の摘要欄に返戻と記載し、請求書を返送します。

一部返戻する場合 … 「増減点等及び返戻通知書」の摘要欄に削除と記載します。請求書の該当行は本会で取り消し線を引き、市町村へ送付します。請求書は返送しません。

② 電子媒体

「増減点等及び返戻通知書」の摘要欄に削除と記載します。該当データは返送しません。

○記入項目説明

※福祉、乳幼児欄 ○：必須項目、△：該当の場合のみ記入

項番	福祉	乳幼児	項目名	記入内容
①	○	○	請求年月	請求する年月
②	○	○	福祉医療/乳幼児等医療負担者番号	福祉医療費又は乳幼児等医療費の負担者番号
③	○	○	福祉医療/乳幼児等医療負担者名	福祉医療費又は乳幼児等医療費の負担者（市町村）名
④	○	○	医療機関コード	医療機関（薬局）コード（数字7桁） ※県外医療機関（薬局）は県番号と点数表区分を加えて数字10桁
⑤	○	○	請求年月日	請求する年月日
⑥	○	○	保険医療機関の所在地及び名称・開設者氏名・電話番号	保険医療機関（薬局）の所在地、名称、開設者氏名及び電話番号
⑦	○	○	件数	連記部分に記載した、入院分（本家入外欄（項番⑭以下同様）が1、3、5、7、9の請求）の件数 下段は入院外分（本家入外欄が2、4、6、8、0の請求）の件数
⑧	○	○	日数	連記部分に記載した、入院分（本家入外欄が1、3、5、7、9の請求）の日数（項番⑭）の合計 下段は入院外分（本家入外欄が2、4、6、8、0の請求）の日数（項番⑭）の合計
⑨	○	○	点数	連記部分に記載した、入院分（本家入外欄が1、3、5、7、9の請求）の保険点数（項番⑭）の合計 下段は入院外分（本家入外欄が2、4、6、8、0の請求）の保険点数（項番⑭）の合計
⑩	△	△	一部負担金額	連記部分に記載した、入院分（本家入外欄が1、3、5、7、9の請求）の一部負担金額（項番⑭）の合計 下段は入院外分（本家入外欄が2、4、6、8、0の請求）の一部負担金額（項番⑭）の合計
⑪	△	△	02長件数	連記部分に記載した、入院分（本家入外欄が1、3、5、7、9の請求）の特記事項（項番⑮）に02と記載した請求の件数 下段は入院外分（本家入外欄が2、4、6、8、0の請求）の特記事項（項番⑮）に02と記載した請求の件数
⑫	○	○	公費再掲件数	連記部分に記載した、福祉医療費又は乳幼児等医療費の請求件数 公費併用時は、下段に公費法別番号及び請求件数
⑬	○	○	公費再掲点数	連記部分に記載した、福祉医療費又は乳幼児等医療費の請求点数の合計 公費併用時は、下段に公費請求点数の合計
⑭	○	○	公費再掲一部負担金額	連記部分に記載した、福祉医療又は乳幼児等医療の控除額（項番⑮）の合計 公費併用時は、下段に公費①一部負担金額（項番⑮）の合計
⑮	○	○	福祉医療/乳幼児等医療受給者番号	福祉医療費又は乳幼児等医療費の受給者番号（数字7桁）
⑯	○	○	福祉医療/乳幼児等医療対象者氏名	福祉医療費又は乳幼児等医療費の受給対象者氏名
⑰	○	○	保険者番号	対象者が加入している保険の保険者番号
⑱	○	○	被保険者記号番号	対象者が加入している保険の被保険者（記号）番号
⑲	△	△	公費負担者番号①	公費併用時、公費負担者番号（数字8桁）
⑳	△	△	公費受給者番号①	公費併用時、公費受給者番号（数字7桁）
㉑	○	○	診療年月	診療（調剤）年月（数字4桁） 例 令和5年4月⇒0504
㉒	○	○	本家入外	本家入外区分（1から0までの数字1桁） 1：本人入院 2：本人外来 3：未就学者入院 4：未就学者外来 5：家族入院 6：家族外来 7：高齢受給者・後期高齢者医療 一般・低所得者入院 8：高齢受給者・後期高齢者医療 一般・低所得者外来 9：高齢受給者・後期高齢者医療 7割給付入院 0：高齢受給者・後期高齢者医療 7割給付外来
㉓	○	○	生年月日	生年月日 例 昭和34年5月6日⇒S34.5.6
㉔	○	○	給付割合	保険給付割合（数字1桁） ※本家入外区分と一致する給付割合 給付割合7：本家入外1、2、5、6、9、0 給付割合8：本家入外3、4、7、8 給付割合9：本家入外7、8
㉕	△	△	特記事項	特記事項（02：長、16：長2、26：区ア、27：区イ、28：区ウ、29：区エ、30：区オ、31：多ア、32：多イ、33：多ウ、34：多エ、35：多才、41：区カ、42：区キ、43：多カ、44：多キ 等） ※複数該当する場合は上下2段で記載してください。
㉖	○	○	日数	診療実日数（受付回数）
㉗	○	○	保険点数	保険点数
㉘	△	△	公費①点数	公費併用時の公費①の請求点数 ※保険点数（項番㉗）と同点数の場合は省略可
㉙	△	△	公費併用時福祉/乳幼児等点数	公費併用時の福祉又は乳幼児等請求点数（保険点数（項番㉗）－公費①点数（項番㉘）） ※保険点数（項番㉗）及び公費①点数（項番㉘）が同点数の場合は省略可
㉚	△	△	一部負担金額	保険一部負担金額
㉛	△	△	公費①一部負担金額	公費併用時の公費①に係る一部負担金額
㉜	△	△	控除額	福祉医療費又は乳幼児等医療費の一部負担金額（窓口徴収額）

※項番は福祉・乳幼児等医療費請求書（社保分）の様式（P52、53）の①～㉜に対応しています。

福祉医療費及び乳幼児等医療費電子請求ファイルレイアウト

令和4年9月診療分から

No.	項目	バイト数	乳幼児等医療	福祉医療	説明
1	保険医療機関等コード	固定 10	○	○	自機関の10桁コード (KK1*****) KK: 県番号、T: 点数表区分 医科:1 歯科:3 調剤:4
2	旧総合病院 診療科	固定 2	/	/	未設定項目
3	福祉医療/乳幼児等医療 負担者番号	固定 8	○	○	福祉医療、乳幼児等医療の負担者番号
4	福祉医療/乳幼児等医療 受給者番号	最大 7	○	○	福祉医療、乳幼児等医療の受給者番号
5	氏名	最大 100	○	○	漢字氏名、又はカナ氏名 (全角のみ)
6	保険者番号	固定 8	○	○	対象者が加入している保険の保険者番号
7	被保険者記号	最大 40	○	○	全角のみ
8	被保険者番号	最大 40	○	○	全角のみ
9	公費①負担者番号	固定 8	△	△	公費併用時、その公費負担者番号を編集
10	公費①受給者番号	最大 7	△	△	公費併用時、その公費受給者番号を編集
11	公費②負担者番号	固定 8	△	△	公費併用時、その公費負担者番号を編集
12	公費②受給者番号	最大 7	△	△	公費併用時、その公費受給者番号を編集
13	診療年月	固定 5	○	○	和暦年月: gyymm (g: 4=平成、5=令和)
14	保険制度	固定 1	○	○	1=国保一般/社保、3=後期高齢 のいずれか
15	本人家族入外	固定 1	○	○	1=本人入院、3=未就学児入院、5=家族入院、7=高齢者(一般)入院、9=高齢者(一定以上)入院、2=本人外来、4=未就学児外来、6=家族外来、8=高齢者(一般)外来、0=高齢者(一定以上)外来
16	性別	固定 1	○	○	1=男、2=女
17	生年月日	固定 7	○	○	和暦年月日: gyymmdd (g: 1=明治、2=大正、3=昭和、4=平成、5=令和)
18	給付割合	固定 2	○	○	保険者負担割合を%で編集 (70, 80, 90)
19	特記事項	最大 8	△	△	02=長、16=長2、26=区ア、27=区イ、28=区ウ、29=区エ、30=区オ、31=多ア、32=多イ、33=多ウ、34=多エ、35=多オ、41=区カ、42=区キ、43=多カ、44=多キ (特記事項が複数ある場合は連続入力【例】「0229」)
20	在宅総合診療料	固定 1	/	△	未設定項目
21	診療日数	最大 2	○	○	診療実日数
22	保険日数	最大 7	○	○	
23	公費①点数	最大 7	△	△	公費併用時、その公費点数を編集 (保険点数と同点の場合は省略可)
24	公費②点数	最大 7	△	△	公費併用時、その公費点数を編集 (保険点数と同点の場合は省略可)
25	福祉医療/乳幼児等医療 点数	最大 7	△	△	福祉医療、乳幼児等医療に係る点数 (分点の場合、差引点数又は総点数 (保険点数) を記載)
26	(公費負担医療に係る一部負担金額)	最大 6	△	△	公費併用時、保険一部負担額の内の公費に係る金額を編集
27	(福祉/乳幼児等医療費に係る一部負担金額)	最大 6	△	△	公費併用時、保険一部負担額の内の福祉医療、乳幼児等医療に係る金額を編集
28	保険一部負担額	最大 6	△	△	一部負担金額を編集
29	公費①一部負担額	最大 6	△	△	公費併用時、公費分の患者負担額を編集
30	公費②一部負担額	最大 6	△	△	公費併用時、公費分の患者負担額を編集
31	福祉医療/乳幼児等医療 控除額	最大 5	△	△	福祉医療/乳幼児等医療の一部負担額

○	必須項目
△	該当する場合のみ必須項目
/	編集出来ない項目

・	ファイル名
	GYMM_KKT*****.CSV
	G: 元号 (令和=5)
	YY: 年
	MM: 月 (提出月)
	KK: 県番 (2桁)
	T: 点数表区分 (1桁)
	医科: 1 歯科: 3 調剤: 4
	*****: 自機関コード (7桁)
	提出年月 (5桁)

- ・ CSV形式 (レコード末尾に0x0d0aが付加されている事) とする
- ・ Shift-JISコードであること。また、外字 (0xf040 ~ 0xf9fc) は対応していない (Windows10で表示可能な文字である事)
- ・ 項目ごとの括弧文字はカンマ(0x2c)のみとし、その他の文字 (タブ<0x09>等) は不可
- ・ 列データをタブローテーション(0x22)で括弧に入れていても構わないが、列データ中にカンマを混入しない事
- ・ 列データの前後空白(0x20)は無視する為、固定長CSV形式でも可
- ・ 1件目に見出し行を付けられない事
- ・ 未設定にする項目にはNull (カンマを続ける) カスベース(0x20)を設定し、ゼロ(0x30)を設定しない事

住 所 松江市学園一丁目7番14号
 開設者
 氏 名 国保 太郎

福祉（乳幼児等）医療費請求書（社保分）電子請求にかかる電子媒体等送付書

医療機関（薬局）コード	99-9999-9		
医療機関（薬局）名称	〇〇病院		
診療（調剤）月分	令和〇〇年〇〇月診療（調剤）分		
提出年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日		
媒体種類	FD	MO	CD-R
備考			

※ 媒体種類については、該当に○を付すこと。

○精神通院医療併用あり（法別：21）

事例5 外来・70歳未満・保険2.1福祉併用（3併）

本家入外：家族外来（給付割合：7割）

所得区分：区分ウ

高額療養費現物給付なし

保険点数：2,000点

公費①点数：2,000点

公費①自己負担限度額：原則1割負担（上限なしの場合）

事例6 外来・70歳未満・保険2.1福祉併用（3併）

本家入外：家族外来（給付割合：7割）

所得区分：区分ウ

高額療養費現物給付なし

保険点数：2,000点

公費①点数：500点

公費①自己負担限度額：原則1割負担（上限なしの場合）

【国保の場合】

特記事項	28区分										
公費①	2	1	3	2	0	0	0	0	0	0	0
公費②	9	1	3	2	0	0	0	0	0	0	0
請求点	2,000										
決定点	公費①										
一部負担金額	円										
①	2,000										
②											

【国保の場合】

特記事項	28区分										
公費①	2	1	3	2	0	0	0	0	0	0	0
公費②	9	1	3	2	0	0	0	0	0	0	0
請求点	2,000										
決定点	公費①										
一部負担金額	円										
①	500										
②	1,500										

【社保の場合】

事例	福祉医療 受給者番号	福祉医療 対象者氏名	保険者番号	被保険者 記号番号	公費負担者 番号①	公費受給者 番号①	診療 年月	本家 入外	生年月日	給付 割合	特記 事項	日数	保険点数	公費①点数	公費併用時 福祉点数	一部負担 金額	公費①一部 負担金額	控除額
5	00000000	●●●●	0000000000	0000000000	2132000000	0000000000	****	6	S**.*.*.**	7	28	3	2,000			2,000		
6	00000000	●●●●	0000000000	0000000000	2132000000	0000000000	****	6	S**.*.*.**	7	28	3	2,000	500	1,500		500	

ポイント 公費併用時、公費対象点数が保険点数と異なる場合は、それぞれの点数等を記入

公費併用時、公費対象点数が保険点数と異なる場合は、公費①点数を記入し、福祉点数は（保険点数）－（公費①点数）を記入してください。

乳幼児等医療記入例

(医科・歯科)

※福祉医療と乳幼児等医療を併用の場合、市町村によって取扱い(請求方法)が異なりますので留意ください。
 受診時に両方の受給資格証等を提示された場合の取扱いについては、P70の一覧をご参照ください。

○高額療養費現物給付なし

《未就学者》

事例1 外来・保険乳幼児等併用

本家入外：未就学者外来(給付割合：8割)

所得区分：区分ワ

保険点数：800点

乳幼児等医療自己負担限度額：無料

【国保の場合】

公費負担者番号①	9	0	3	2	○	○	○	○	○	○	○
公費負担者番号②											

特記事項
28区分

請求点	800	決定点		一部負担金額	円
保険診療の給付					
公費①					
公費②					

市町村単独医療費助成事業により患者負担なし
 ⇒ 公費一部負担金額(控除額)欄は記入しない

【社保の場合】

事例	乳幼児等医療受給者番号	乳幼児等医療対象者氏名	保険者番号	被保険者記号番号	公費負担者番号①	公費受給者番号①	診療年月	本家入外	生年月日	給付割合	特記事項	日数	保険点数	公費①点数	公費併用時乳幼児等点数	一部負担金額	公費①一部負担金額	控除額
1	○○○○○○○○	●●●●	○○○○○○○○	○○○○○○○○		4	****	4	R**.**.**	8		800						
2	○○○○○○○○	●●●●	○○○○○○○○	○○○○○○○○	52320000	4	****	4	R**.**.**	8		3,000					1,700	

市町村単独医療費助成事業により患者負担なし
 ⇒ 公費一部負担金額(控除額)欄は記入しない

《未就学者》 小児慢性併用あり (法別：52)

事例2 外来・保険52乳幼児等併用(3併)

本家入外：未就学者外来(給付割合：8割)

所得区分：区分ワ

保険点数：3,000点

公費①点数：3,000点

公費①自己負担限度額：1,700円
 乳幼児等医療自己負担限度額：無料

【国保の場合】

公費負担者番号①	5	2	3	2	○	○	○	○	○	○	○
公費負担者番号②	9	0	3	2	○	○	○	○	○	○	○

特記事項
28区分

請求点	3,000	決定点		一部負担金額	円
保険診療の給付					
公費①					
公費②					

ポイント 患者負担がない場合は、公費一部負担金額(控除額)欄は記入不要
 患者負担がない場合の公費一部負担金額(控除額)欄は、「0」ではなく空欄としてください。

70歳未満で限度額適用認定証情報が提供された場合は、特記事項に所得区分の記入が必要です。

乳幼児等医療記入例

(調剤)

※福祉医療と乳幼児等医療の両方の受給資格がある場合、市町村によって取扱い(請求方法)が異なりますのでご注意ください。
 ※同時に両方の受給資格証等を提示された場合の取扱いについては、P70の一覧をご参照ください。

○高額療養費現物給付なし

事例1 外来・未就学者・保険乳幼児等併用

本家入外：未就学者外来（給付割合：8割）

所得区分：区分ワ

保険点数：500点

事例2 外来・就学者・保険乳幼児等併用

本家入外：家族外来（給付割合：7割）

所得区分：区分ワ

保険点数：2,000点

【国保の場合】

公費①	9	0	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
公費②																			

特記事項
28区市

請求点	決定点	一部負担金額	円
500			
①			
②			

【国保の場合】

公費①	9	0	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
公費②																			

特記事項
28区市

請求点	決定点	一部負担金額	円
2,000			
①			
②			

70歳未満で限度額適用認定証情報が提供された場合は、特記事項に所得区分の記入が必要です。

【社保の場合】

事例	乳幼児等医療受給者番号	乳幼児等医療対象者氏名	保険者番号	被保険者記号番号	公費負担者番号①	公費受給者番号①	診療年月	本家入外	生年月日	給付割合	特記事項	日数	保険点数	公費①点数	公費併用時乳幼児等点数	一部負担金額	公費①一部負担金額	控除額
1	○○○○○○○○	●●●●	○○○○○○○○	○○○○○○○○			****	4	R**.**.*	8	28	1	500					
2	○○○○○○○○	●●●●	○○○○○○○○	○○○○○○○○			****	6	H**.**.*	7	28	2	2,000					

ポイント 公費一部負担金額(控除額)欄は記入不要

調剤薬局においては、一部負担金額が乳幼児等医療費により全額助成されるため、公費一部負担金額欄(社保分は控除額欄)の記入は不要です。

参考

島根県・市町村単独医療費助成事業における 福祉医療と乳幼児等医療の併用に係る取り扱いについて (令和8年4月診療分～)

No.	公費負担者番号 (上段:福祉) (下段:乳幼児等)	市町村名	0歳から就学前まで		就学後			
					いずれかの助成により 患者負担が無料となる場合		≪一部負担金の比較≫	
							福祉 > こども医療 の場合	福祉 = こども医療 の場合
医科・歯科	調剤	医科・歯科	調剤	医科・歯科				
1	91320010 90320011	松江市	併用	福祉医療のみ	併用	福祉医療のみ	併用	福祉医療のみ
2	91320028 90320029	浜田市	併用	どちらか一方	併用	福祉医療のみ		
3	91320036 90320037	出雲市	乳幼児医療のみ	乳幼児医療のみ		福祉医療のみ	併用	福祉医療のみ
4	91320044 90320045	益田市 (～令和8年6月 診療分)	併用	福祉医療のみ		福祉医療のみ	併用	福祉医療のみ
		益田市 (令和8年7月 診療分～)	併用	福祉医療のみ	併用	福祉医療のみ		
5	91320051 90320052	大田市	併用	どちらか一方	併用	福祉医療のみ		
6	91320069 90320060	安来市	併用	乳幼児医療のみ	併用	福祉医療のみ		
7	91320077 90320078	江津市	併用	福祉医療のみ	併用	福祉医療のみ		
8	91320093 90320094	雲南市	乳幼児医療のみ	乳幼児医療のみ	併用	福祉医療のみ		
9	91320788 90320789	川本町	併用	福祉医療のみ	併用	福祉医療のみ		
10	91320911 90320912	津和野町	併用	福祉医療のみ	併用	福祉医療のみ		
11	91320994 90320995	海士町	併用	どちらか一方	併用	どちらか一方		
12	91321000 90321001	西ノ島町	乳幼児医療のみ	乳幼児医療のみ	併用	福祉医療のみ		
13	91321018 90321019	知夫村	乳幼児医療のみ	乳幼児医療のみ	こども医療のみ	こども医療のみ		
14	91321026 90321027	奥出雲町	併用	どちらか一方	併用	どちらか一方		
15	91321034 90321035	飯南町	併用	福祉医療のみ	併用	福祉医療のみ		
16	91321042 90321043	美郷町	併用	福祉医療のみ	併用	福祉医療のみ		
17	91321059 90321050	邑南町	乳幼児医療のみ	乳幼児医療のみ	併用	福祉医療のみ		
18	91321067 90321068	吉賀町	併用	福祉医療のみ	併用	福祉医療のみ		
19	91321075 90321076	隠岐の島町	併用	乳幼児医療のみ	併用	福祉医療のみ		

※各市町村の取扱いと異なる請求があった場合は、**原則、返戻となりますのでご注意ください。**

巻末

請求に関するQ&A

～請求に関するQ&A～

No.	質問 (Q)	回答 (A)
1	レセプトの提出について、10日が土曜日、日曜日及び祝日の場合は、いつが提出期限となりますか。	提出期限は10日です。なお、10日が土曜日、日曜日及び祝日の場合は、事務所を開館し受付します。
2	レセプトの受付時間は何時までですか。	受付時間は8時30分から17時までです。
3	オンライン請求の送信締め切りは10日の何時ですか。	10日の24時です。
4	開設者変更等の理由により医療機関（薬局）コードが変更となった場合、どのように請求したらよいですか。	医療機関（薬局）コードごとに請求してください。
5	オンライン請求医療機関等における返戻されたレセプトの請求方法について教えてください。	オンライン請求医療機関等においては、再請求はオンラインで行います。P3を参照してください。
6	特別療養費対象者のレセプトの請求方法について教えてください。	特別療養費対象者のレセプトは、オンライン請求医療機関についても書面による請求を行ってください。請求における注意事項はP2を参照してください。
7	月の途中で被保険者記号・番号が変更となった場合、どのように請求したらよいですか。	レセプトは1枚にまとめ、変更後の被保険者記号・番号を記入して請求してください。
8	月の途中で「本人・家族」の区分が変更となった場合、どのように請求したらよいですか。	レセプトは変更前後でそれぞれ作成し、請求してください。なお、それぞれ別の明細書を作成する場合は、変更後の明細書の「摘要」欄にその旨を記載してください。
9	月の途中で保険者が変更となった場合、どのように請求したらよいですか。 ①国保又は後期高齢者医療において市町村が変更となった場合 ②国保から社保、又は社保から国保へ変更となった場合	①市町村ごとにレセプトを作成し、請求してください。 ②保険者ごとにレセプトを作成し、請求してください。

No.	質問 (Q)	回答 (A)
10	<p>月の途中で保険者が変更となった場合、保険一部負担金はどのように算出したらよいですか。</p> <p>①国保で市町村が変更又は国保と社保間で変更となった場合</p> <p>②後期高齢者医療で県内市町村が変更となった場合</p> <p>③後期高齢者医療で他都道府県の広域連合に変更となった場合</p> <p>④75歳に到達し国保から後期高齢者医療へ変更となった場合</p>	<p>①被保険者は、暦月ごと、保険者ごとに自己負担限度額まで負担することとなるため、保険者ごとに算出してください。</p> <p>②変更前と変更後の一部負担金を合算して自己負担限度額までとなります。変更後の一部負担金は自己負担限度額から変更前の一部負担金を引いた額で計算して記載してください。また、保険者の変更があった旨を摘要欄に記入してください。</p> <p>③入院分については、変更前と変更後の一部負担金を合算して自己負担限度額までとなります。外来分については、広域連合ごとに自己負担限度額まで負担することとなります。</p> <p>④後期高齢者医療加入月は、加入前後それぞれの医療保険における自己負担限度額が2分の1となります。</p>
11	<p>月の途中で75歳に到達し、国保から後期高齢者へ変更となった場合、どのように請求したらよいですか。</p>	<p>75歳に到達した日以降のレセプト（後期高齢者医療分）とそれ以前のレセプト（国保分）に分けて請求してください。</p>
12	<p>「資格確認結果連絡書」（P18参照）に出力されている被保険者（レセプト）は返戻ということでしょうか。</p>	<p>返戻ではありません。請求月に保険者振替又は分割となったレセプトを確認いただくために送付しています。</p>
13	<p>氏名が長い方の入力方法について教えてください。</p>	<p>入力できる文字数は記録条件仕様で決まっております（漢字20文字、英数40文字）。入力する氏名の表記（カタカナ等）については、保険者にご相談ください。</p>

No.	質問 (Q)	回答 (A)
14	外来レセプトの保険一部負担金はどのような場合に記入したらよいですか。	高額療養費が現物給付された場合のみ記入してください。 ⇒P27 (レセプト記入例 2) を参照してください。
15	65歳から75歳未満の間に障害認定を受けてすでに後期高齢者となっている場合、75歳に到達した月はどのように請求したらよいですか。	レセプトは後期高齢者医療分として請求しますが、必ず摘要欄に「障害」と記入してください。 ⇒P47 (レセプト記入例 22) を参照してください。
16	70歳以上の方で、所得区分が不詳の場合、特記事項はどのように記入すればよいでしょうか。	3割負担の方は「26 区ア」、2割負担の方は「29 区エ(国保)」又は「41 区カ(後期)」、1割負担の方は「42 区キ」を記入してください。
17	レセプト提出後、内容に誤りがあることが判明した場合、どうしたらよいですか。	該当レセプトを取り下げることができます。 ⇒P22 (レセプトの取下げについて) を参照してください。
18	傷病名の記載漏れのため減点となったレセプトについて、傷病名を追加し再審査請求を行うことはできますか。	審査結果に不服がある場合は、再審査請求することができますが、レセプトの追記・訂正は認められません。
19	福祉医療と公費 54 を併用する場合の請求方法について教えてください。	P61 (福祉医療記入例の難病公費の併用あり) を参照してください。
20	医療機関等の名称のみ変更する場合、国保連合会へ届出の必要がありますか。	名称のみの変更である場合、本会への届出書類はありません。

請求・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

TEL 0852-21-2114(医科)
0852-21-2130(歯科・調剤)
0852-21-2163(過誤)
0852-21-2107(再審査)

FAX 0852-21-3550

E-mail sinsa@shimane-kokuho.or.jp

**ホームページ
アドレス** <https://www.shimane-kokuho.or.jp>