

産婦健康診査 請求マニュアル

令和 5 年 4 月版

島根県国民健康保険団体連合会

目 次

I 請求支払について

1. 請求方法	1 頁
2. 支払	1 頁
3. 記入例	
(1) 診療報酬等総括票	2 頁
(2) 産婦健康診査総括表	3 頁

II 返戻等通知及び取下げについて

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

III 様 式 集

診療報酬等総括票	6 頁
産婦健康診査総括表	7 頁
産婦健康診査受診票（第 1 回）	8、9 頁
産婦健康診査受診票（第 2 回）	10、11 頁
診療報酬等支払通知書（島根県内実施機関宛）	12 頁
診療報酬等支払通知書（島根県外実施機関宛）	13 頁
増減点等及び返戻通知書	14 頁
過誤結果通知書	15 頁
診療報酬明細書等取下げ依頼書	16 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 請求支払について

1. 請求方法

「診療報酬等総括票」、実施市町村ごとに作成した「産婦健康診査総括表」、「産婦健康診査受診票」を、毎月10日までに提出してください。「診療報酬等総括票」及び「産婦健康診査総括表」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～4頁）をご参照ください。

2. 支払

支払額が決定した産婦健康診査費用は、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。

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

3. 記入例

(1) 診療報酬等総括票

請求月をご記入ください。

令和 ○○ 年 ○○ 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	○○病院

(国民健康保険分)

保険者名	一般件数	退職件数	保険者名	一般件数	退職件数
松江市			左官タイル		
浜田市			全国板金		
出雲市			全国歯科		
益田市			全国土木		
大田市			中央建設		
安来市			全国工事		
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			(後期高齢者医療分)		
邑南町			県名	後期高齢者件数	
吉賀町			島根県		
隠岐の島町					
島根県医師国保組合					
県内計			計	請求の総件数をご記入ください。	

(県単独医療分)

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	12

請求月をご記入ください。

(2) 産婦健康診査総括表

令和 〇〇 年 〇〇 月分

産婦健康診査総括表

保険医療機関コード（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。

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

産婦健診実施市町村番号

3 2 9 9 9 9

〇 〇 市・町・村 様

実施機関番号

産婦健康診査受診票
（産婦健康診査請求
書）に記載されてい
る番号をご記入くだ
さい。

実施機関の所在地 〇〇県〇〇市〇〇〇丁目〇番〇号

名 称 〇〇〇〇〇病院

開設者名 国保 太郎

電話番号 9999-99-9999

実施市町村ごとに集計した件数及び請求額をそれぞ
れの区分の請求欄にご記入ください。

区分		件数	請求額
第1回	請求	2 件	10,000 円
	決定	件	円
第2回	請求	1 件	5,000 円
	決定	件	円
計	請求	3 件	15,000 円
	決定	件	円

Ⅱ 返戻等通知及び取下げについて

1. 返戻通知

審査の結果、返戻があった場合は、請求月の翌月初めに「増減点等及び返戻通知書」でお知らせします。

2. 取下げ方法

取下げが必要になった場合は、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) 支払前の取下げの場合…「増減点等及び返戻通知書」
- (2) 支払後の取下げの場合…「過誤結果通知書」

3. 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	

(国民健康保険分)

保険者名	一般件数	退職件数	保険者名	一般件数	退職件数
松江市			左官タイル		
浜田市			全国板金		
出雲市			全国歯科		
益田市			全国土木		
大田市			中央建設		
安来市			全国工事		
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			(後期高齢者医療分)		
邑南町			県名	後期高齢件数	
吉賀町			島根県		
隠岐の島町					
島根県医師国保組合					
県内計			計		

(県単独医療分)

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	

令和 年 月分 産婦健康診査総括表

年 月 日

産婦健診実施市町村番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

実施機関番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

様

実施機関の所在地

名 称

開設者名

電話番号

区分		件数	請求額
第 1 回	請求	件	円
	決定	件	円
第 2 回	請求	件	円
	決定	件	円
計	請求	件	円
	決定	件	円

No.(

サンプル

※市町村により、様式は異なります。

第 1 回
産後2週間

産婦健康診査受診票

※太枠の中は産婦ご本人がご記入してから受診してください。裏面は健診受診時にご記入ください。

産婦氏名			生年月日	昭和・平成	年	月	日生	(歳)	
住所									
出産日	令和	年	月	日	退院日	令和	年	月	日

上記産婦の健康診査を依頼します。	
令和 年 月 日	島根県○○○○○○○○○○
実施機関の長 様	○○○ 長

1 健康診査の結果

実施日	令和 年 月 日 (産後 日)
尿検査	蛋白 () ・ 糖 ()
血圧測定	～ mm/Hg
体重測定	Kg
母体の回復	1 異常なし 2 その他 ()
新生児の発育	新生児の体重 (g / 1日あたり増加量 g)
授乳状況	1 母乳 2 混合 3 人工
産後うつ	EPDS 点 ※9点以上は○へ速やかにご連絡ください 1 異常なし 2 その他 ()
総合判定	1 異常なし 2 要指導 3 要観察 4 要精検 5 要治療 (内容:)

2 ○への連絡事項

1 必要なし 2 必要あり (月 日に、下記のとおり連絡済) ※速やかに○へご連絡ください
○への連絡事項
令和 年 月 日 担当者氏名 (印)

産婦健康診査(産後2週間)請求書

産婦健診実施市町村番号							
金 円	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>						
産婦氏名							
上記のとおり()についての健康診査に要した費用を請求します。							
令和 年 月 日							
実施機関の住所・名称・氏名							
○○○長様 (印)							

- (注) 1 産婦健康診査を受ける時は、出産された医療機関を受診し、この票及び母子健康手帳を医療機関へお渡しください。
- 2 この票で、問診、健康状態の把握(母体の回復・新生児の発育状況・授乳状況等)、尿検査、血圧測定、体重測定、産後うつ等こころの健康チェックについて、その費用は5,000円を上限に公費で負担されます。助成金額を超えた場合やそれ以外の検査等を受けた場合は自己負担が生じます。
- 3 この受診票は本人以外使用できません。また健診結果は○○○へ報告されます。
- 4 受診日に○○○から転出されている場合は無効です。

エジンバラ産後うつ病質問票 (EPDS)

- 1 笑うことができたし、物事のおもしろい面もわかった。 ※健診当日受診時に記入しましょう
令和 年 月 日

() いつもと同様にできた。
() あまりできなかった。
() 明らかにできなかった。
() 全くできなかった。

産後の気分についておたずねします。
あなたも赤ちゃんも元気ですか。
最近のあなたの気分をチェックしてみましょう。
今日だけでなく、過去7日間にあなたが感じた
ことに最も近い答えに○をつけてください。
必ず10項目全部に答えてください。

- 2 物事を楽しみにして待った。

() いつもと同様にできた。
() あまりできなかった。
() 明らかにできなかった。
() ほとんどできなかった。

- 3 物事がうまくいかない時、自分を不必要に責めた。

() はい、たいていそうだった。
() はい、時々そうだった。
() いいえ、あまり度々ではなかった。
() いいえ、全くなかった。

- 4 はっきりした理由もないのに不安になったり、心配したりした。

() いいえ、そうではなかった。
() ほとんどそうではなかった。
() はい、時々あった。
() はい、しょっちゅうあった。

- 5 はっきりした理由もないのに恐怖に襲われた。

() はい、しょっちゅうあった。
() はい、時々あった。
() いいえ、めったになかった。
() いいえ、全くなかった。

- 6 することがたくさんあって大変だった。

() はい、たいてい対処できなかった。
() はい、いつものようにうまく対処できなかった。
() いいえ、たいていうまく対処した。
() いいえ、普段通りに対処した。

- 7 不幸な気分なので、眠りにくかった。

() はい、ほとんどいつもそうだった。
() はい、時々そうだった。
() いいえ、あまり度々ではなかった。
() いいえ、全くなかった。

- 8 悲しくなったり、惨めになったりした。

() はい、たいていそうだった。
() はい、かなりしばしばそうだった。
() いいえ、あまり度々ではなかった。
() いいえ、全くそうではなかった。

- 9 不幸せな気分だったので、泣いていた。

() はい、たいていそうだった。
() はい、かなりしばしばそうだった。
() ほんの時々あった。
() いいえ、全くそうではなかった。

- 10 自分自身を傷つけるという考えが浮かんできた。

() はい、かなりしばしばそうだった。
() 時々そうだった。
() めったになかった。
() 全くなかった。

No.(

サンプル

※市町村により、様式は異なります。

第 2 回
産後1ヶ月

産婦健康診査受診票

※太枠の中は産婦ご本人がご記入してから受診してください。裏面は健診受診時にご記入ください。

産婦氏名			生年月日	昭和・平成	年	月	日生 (歳)		
住所									
出産日	令和	年	月	日	退院日	令和	年	月	日

上記産婦の健康診査を依頼します。					
令和	年	月	日	島根県	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
実施機関の長 様				〇〇〇 長	

1 健康診査の結果

実施日	令和	年	月	日	(産後	日)
尿検査	蛋白 ()	・	糖 ()			
血圧測定	～		mm/Hg			
体重測定	Kg					
母体の回復	1 異常なし	2 その他 (				
新生児の発育	新生児の体重 (g / 1日あたり増加量 g)					
授乳状況	1 母乳	2 混合	3 人工			
産後うつ	EPDS	点	※9点以上は〇へ速やかにご連絡ください			
	1 異常なし	2 その他(				
総合判定	1 異常なし	2 要指導	3 要観察	4 要精検	5 要治療	(内容:)

2 〇への連絡事項

1 必要なし	2 必要あり	(月 日に、下記のとおり連絡済) ※速やかに〇へご連絡ください
〇への連絡事項		
令和	年	月 日 担当者氏名 (印)

産婦健康診査(産後1ヶ月)請求書

産婦健康診査実施市町村番号	
金	円
産婦氏名	
上記のとおり()についての健康診査に要した費用を請求します。	
令和 年 月 日	
実施機関の住所・名称・氏名	
〇〇〇長様	(印)

- (注) 1 産婦健康診査を受ける時は、出産された医療機関を受診し、この票及び母子健康手帳を医療機関へお渡しください。
- 2 この票で、問診、健康状態の把握(母体の回復・新生児の発育状況・授乳状況等)、尿検査、血圧測定、体重測定、産後うつ等こころの健康チェックについて、その費用は5,000円を上限に公費で負担されます。助成金額を超えた場合やそれ以外の検査等を受けた場合は自己負担が生じます。
- 3 この受診票は本人以外使用できません。また健診結果は〇〇〇へ報告されます。
- 4 受診日に〇〇〇から転出されている場合は無効です。

エジンバラ産後うつ病質問票 (EPDS)

- 1 笑うことができたし、物事のおもしろい面もわかった。 ※健診当日受診時に記入しましょう
令和 年 月 日

() いつもと同様にできた。
() あまりできなかった。
() 明らかにできなかった。
() 全くできなかった。

産後の気分についておたずねします。
あなたも赤ちゃんも元気ですか。
最近のあなたの気分をチェックしてみましょう。

- 2 物事を楽しみにして待った。

() いつもと同様にできた。
() あまりできなかった。
() 明らかにできなかった。
() ほとんどできなかった。

今日だけでなく、過去7日間にあなたが感じた
ことに最も近い答えに○をつけてください。
必ず10項目全部に答えてください。

- 3 物事がうまくいかない時、自分を不必要に責めた。

() はい、たいていそうだった。
() はい、時々そうだった。
() いいえ、あまり度々ではなかった。
() いいえ、全くなかった。

- 4 はっきりした理由もないのに不安になったり、心配したりした。

() いいえ、そうではなかった。
() ほとんどそうではなかった。
() はい、時々あった。
() はい、しょっちゅうあった。

- 5 はっきりした理由もないのに恐怖に襲われた。

() はい、しょっちゅうあった。
() はい、時々あった。
() いいえ、めったになかった。
() いいえ、全くなかった。

- 6 することがたくさんあって大変だった。

() はい、たいてい対処できなかった。
() はい、いつものようにうまく対処できなかった。
() いいえ、たいていうまく対処した。
() いいえ、普段通りに対処した。

- 7 不幸な気分なので、眠りにくかった。

() はい、ほとんどいつもそうだった。
() はい、時々そうだった。
() いいえ、あまり度々ではなかった。
() いいえ、全くなかった。

- 8 悲しくなったり、惨めになったりした。

() はい、たいていそうだった。
() はい、かなりしばしばそうだった。
() いいえ、あまり度々ではなかった。
() いいえ、全くそうではなかった。

- 9 不幸せな気分だったので、泣いていた。

() はい、たいていそうだった。
() はい、かなりしばしばそうだった。
() ほんの時々あった。
() いいえ、全くそうではなかった。

- 10 自分自身を傷つけるという考えが浮かんできた。

() はい、かなりしばしばそうだった。
() 時々そうだった。
() めったになかった。
() 全くなかった。

〒

令和 年 月 日作成

様

機関番号

金融機関名	
支店名	
預金名義者名	
口座番号	

区 分			件数	点 数	金 額
国民健康保険	七〇歳以上	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			
国民健康保険	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			
国民健康保険	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	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 別	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

〒

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	

区 分		当 初 決 定		過 誤 調 整		支 払 確 定	
福 祉	件 数						
	金 額						
乳 幼 児	件 数						
	金 額						
福 祉 (後 期 高 齢)	件 数						
	金 額						
市町村単独助成事業分	福 祉	件 数					
		金 額					
	乳 幼 児	件 数					
		金 額					
	福 祉 (後期高齢)	件 数					
		金 額					
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

過誤結果通知書

月調整分
様

島根県国民健康保険団体連合会
令和 年 月 日 作成 / 頁

医療機関番号

[illegible]

※内容についてのお問い合わせ先、
国保連合会 審査課 第5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	生年月日	明治 ・ 大正 昭和 ・ 平成 令和 年 月 日
フリガナ 氏 名			

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。