

国保分に係る調剤報酬請求書の記載要領等について

1. 請求にあたって

- ① 請求書の様式は、（県内分）と（県外分）の2種類があります。
県内取扱いの保険者分と県外取扱いの保険者分とに分けて記載し、県内分・県外分それぞれに総括票、請求書、レセプトを別綴じにして提出して下さい。
※県内取扱い保険者と県外取扱い保険者については、【保険者番号等一覧】を参照のこと。
- ② 一般・退職者・公費（再掲）にかかる該当項目について記載し、請求して下さい。
- ③ 請求書は、各保険者毎に1つずつ作成して下さい。

2. 請求書の記載方法について

- ① 令和 年 月分欄については、当月請求分の調剤年月（主たる月）を記載して下さい。
- ② 保険薬局機関の所在地及び名称、開設者氏名欄については、当該項目と電話番号を記載して下さい。
- ③ 保険者番号欄については、当該保険者番号【6桁】を記載して下さい。
- ④ 薬局コード欄については、当該薬局コード【7桁】を記載して下さい。
- ⑤ それぞれの区分の項目に基づき当該レセプトの集計を記載して下さい。
- ⑥ 交付負担医療（乳幼児81・重度障害95・ひとり親88を含む）の再計欄の記載について
 - ・公費番号欄には、公費負担者番号の頭2桁の番号（法別番号）を、割合欄には、公費負担割合（10割－保険給付割合）を記載し、それぞれの公費番号の公費負担割合単位にまとめて集計（一般の7割と退職者の7割がある場合は、3割に合算）して記載して下さい。
 - ・「一部負担金」欄については、当該公費負担医療にかかる患者負担金がある場合のみ（レセプトの公費欄の一部負担金に計上されたもの）を集計して記載して下さい。
 - ・高齢受給者の一般所得者及び低所得者であって公費負担医療が併用しているレセプトについては、給付割合を2割と記載して下さい。

【 国保請求書の記載要領について 】

1. 一般被保険者（70歳以上）一般・低所得欄について
 - ・「70歳以上一般・低所得者」の合計をこの欄に集計して下さい。
2. 一般（70歳以上7割）欄について
 - ・「70歳以上7割」の合計をこの欄に集計して下さい。
3. 一般（6歳）及び退職者（6歳）欄について
 - ・「6歳（未就学児）」の合計をこの欄に集計して下さい。
4. 退職「本人」・「被扶養者」欄について
 - ・退職者医療の合計をこの欄に集計して下さい。
5. 公費負担医療欄について
 - ・公費負担者番号の頭2桁の番号（法別番号）毎に、公費負担割合（10割ー保険給付割合）の合計をこの欄に集計して下さい。

（例）		公費 番号	割合
①	精神通院医療	→ 2 1	3割
②	特定医療	→ 5 4	3割
③	ひとり親	→ 8 8	3割
④	重度障害者(児)	→ 9 5	3割

保険者

県 市町村 殿

保険薬局の
所在地及び名称
電話番号
開設者氏名

下記の通り請求する。

令和 年 月 日

保険者番号	県番号	薬局コード	表別
			調剤 4

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	請 求	22				
		※決定					
	一般被保険者 (70歳以上7割)	請 求	24				
		※決定					
	一般被保険者	請 求	26				
		※決定					
	一般被保険者 (6 歳)	請 求	28				
		※決定					
	退 職 者	本 人	請 求	30			
			※決定				
	6 歳	被扶養者	請 求	36			
			※決定				
公費負担医療	公費番号 割合	請 求	44				
		※決定					
	公費番号 割合	請 求	46				
		※決定					
	公費番号 割合	請 求	48				
		※決定					
	公費番号 割合	請 求	50				
		※決定					
	公費番号 割合	請 求	52				
		※決定					
	公費番号 割合	請 求	54				
		※決定					
公費番号 割合	請 求	56					
	※決定						
公費番号 割合	請 求	58					
	※決定						

様式第七

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

- 注 1. この用紙は、A列4番とすること。
 2. ※印の欄は、記入しないこと。

後期高齢者医療に係る調剤報酬請求書の記載要領等について

1. 請求にあたって

- ① 請求書の様式は、県内・県外とも同じ様式です。
県内広域連合請求分（県内分）と県外広域連合請求分（県外分）とに分けて記載し、県内分・県外分それぞれに後期高齢者医療請求添付票、請求書、レセプトを綴じて提出して下さい。
- ② 請求書の請求先については、各都道府県後期高齢者広域連合となることから、それぞれの広域連合単位に請求書を作成して下さい。
※請求書の保険者番号欄には、各広域連合代表保険者番号を記載して下さい。
「宮崎県内後期高齢者医療広域連合保険者番号及び全国広域連合代表保険者番号」を参照。
- ③ 当該保険者分において複数の公費（法別）・（割合）があり、1枚の請求書に記載しきれない場合は、公費負担医療分のみの請求書様式を用いて請求して下さい。

2. 請求書の記載方法について

- ① 令和 年 月分欄については、当月請求分の調剤年月（主たる月）を記載して下さい。
- ② 保険薬局の所在地及び名称、電話番号、開設者氏名欄については、当該項目を記載して下さい。
- ③ 保険者番号欄については、当該広域連合代表保険者番号【8桁】を記載して下さい。
- ④ 薬局コード欄については、当該薬局コード【7桁】を記載して下さい。
- ⑤ それぞれの区分の項目に基づき当該レセプトの集計を記載して下さい。
- ⑥ 公費負担医療（重度障害医療費助成事業95等を含む）の再計欄の記載について
・公費番号欄には、公費負担者番号の頭2桁の番号（法別番号）を記載し、それぞれの公費法別番号別に集計し、記載して下さい。
・「一部負担金」欄については、当該公費負担医療にかかる患者負担金がある場合のみ（レセプトの公費欄の一部負担金に計上されたもの）を集計して記載して下さい。

【 後期高齢者用請求書の記載要領について 】

1. 請求書は各都道府県後期高齢者医療広域連合毎に作成. してください。

(例)

宮崎県後期高齢者医療広域連合分については、請求書の保険者番号欄に「39450002」と記載し、宮崎県後期高齢者医療広域連合分として、まとめて請求してください。

2. 給付割合毎に集計してください。

3. 公費番号欄には、公費番号のみを記載し、割合は記載しないでください。
また、同一公費番号は、割合に関わらず集計してください。

(国保の集計方法とは異なります)

各広域連合 殿

保険薬局の
所在地及び名称
開設者氏名

下記の通り請求する。

令和 年 月 日

保険者番号		県番号	薬局コード		表別	
3	9	4	5		調剤	4

区分		件数	処方せん 受付回数	点数	一部負担金	備考
後期高齢者医療	一般・低所得	請求 02				
		※決定				
7割	請求 04					
	※決定					
公費負担医療	公費番号	請求 06				
		※決定				
	公費番号	請求 08				
		※決定				
	公費番号	請求 10				
		※決定				
	公費番号	請求 12				
		※決定				
	公費番号	請求 14				
		※決定				
	公費番号	請求 16				
		※決定				
	公費番号	請求 18				
		※決定				
	公費番号	請求 20				
		※決定				
	公費番号	請求 22				
		※決定				

様式第九

「9割」が「一般・低所得」に変更されました。
※お手元に「9割」の記載の請求書がある場合は、それを「一般・低所得」に修正してのご使用も可能です。

※高額療養費	件数	
	金額	

- 注1. この用紙は、A列4番とすること。
2. ※印の欄は、記入しないこと。