

2008. 4月
号外No.2

ぐんま

国保連情報



群馬県国民健康保険団体連合会

編集兼発行人 松本 昇

前橋市元総社町 335 - 8

TEL (027)290-1363

<http://www.gunmakokuho.or.jp/>

後期高齢者医療制度施行に伴う 診療報酬等請求事務について

高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）に基づく後期高齢者医療制度が平成20年4月1日から施行され、後期高齢者医療に係る診療報酬等の審査支払業務を群馬県後期高齢者医療広域連合から本会が委託されました。

つきましては、関係機関と調整した結果、後期高齢者医療の診療報酬等請求事務は下記のとおりとなりましたので、御理解、御協力をお願いいたします。

なお、下記以外の取扱いにつきましては、省令のとおりです。

記

I 様式及び記載方法について

- 1 後期高齢者医療診療報酬等請求総括表…………… 1
- 2 後期高齢者医療診療報酬等請求書…………… 2

II 福祉医療費の請求方法について

- 1 請求方法…………… 6
- 2 後期高齢者医療診療報酬等明細書…………… 6

III 編綴方法について…………… 10

IV その他

- 1 平成20年3月診療分以前の月遅れ老人保健分請求について…………… 11
- 2 診療報酬等明細書に係る被保険者資格確認について…………… 11
- 3 本会ホームページへの掲載について…………… 11

[参考]

- 様式例…………… 13

2 後期高齢者医療診療報酬等請求書

(1) 医科

ア 様式（14ページ参照）

新様式（色調は国保等と同じ「クリーム色」）となります。後期高齢者医療制度に係る請求について使用してください。

※ 現行の「診療報酬等請求書（国保・退職・老人）」と様式が異なりますので、兼用はできません。

※ 請求書の版下は、本会で用意します。

イ 記載方法等

(ア) 請求先都道府県後期高齢者医療広域連合ごとに請求書を作成してください。

なお、請求先保険者名は広域連合所在都道府県名を記載し、保険者番号欄は法別番号「39」と県番2桁（別表1参照）を記載してください。

※ 広域連合の構成市町村単位に保険者番号が設定されていますが、保険者番号ごとに請求書を作成する必要はありません。

(イ) 在宅時医学総合管理料又は在宅末期医療総合診療料を算定した明細書については、保険者番号欄の左余白に朱書きで「在」と記載し、別に請求書を作成してください。

(ウ) 給付割合、入院・入院外ごとに件数、点数等を記載してください。

(エ) 公費負担医療の欄について、各法別ごとに件数等を再掲してください。

記載例

平成20年 4月分 診療報酬請求書（医科）

保険者 群馬県後期高齢者医療広域連合 様 保険医療機関の 群馬県国保市国保町 1-1-1
所在地及び名称 国保病院
電話番号 999-999-9999 印
開設者氏名 国保 太郎

下記のとおり請求する。

平成20年 5月10日

保 険 者 番 号	県 番 号	医 療 機 関 コー ド	表 別
3 9 1 0	1 0	1 2 3 4 5 6 7	1

後期高齢者医療

	療 養 の 給 付				食 事 療 養 ・ 生 活 療 養				
	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 九 月 期 高 齢 者 医 療 ①	請 求 入 院	123	1,234	123,456	12,340	123	1,234	123,456	12,345
	入 院 外	1,234	1,234	123,456					
	※ 入 院								
	※ 入 院 外								
後 七 月 期 高 齢 者 医 療 ②	請 求 入 院	123	1,234	123,456	12,340	123	1,234	123,456	12,345
	入 院 外	1,234	1,234	123,456					
	※ 入 院								
	※ 入 院 外								

公費負担医療（再掲）

	療 養 の 給 付				食 事 療 養 ・ 生 活 療 養				
	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	
1 0	請 求 入 院	12	123	1,234	1,230				
	入 院 外	12	123	1,234					
	※ 入 院								
	※ 入 院 外								
5 1	請 求 入 院	12	123	12,345	1,230	12	123	12,345	1,230
	入 院 外	123	123	12,345					
	※ 入 院								
	※ 入 院 外								
7 7	請 求 入 院	12	123	1,234	1,230	12	123	12,345	1,230
	入 院 外	123	123	1,234					
	※ 入 院								
	※ 入 院 外								
8 7	請 求 入 院	12	123	12,345	1,230	12	123	12,345	1,230
	入 院 外	123	123	12,345					
	※ 入 院								
	※ 入 院 外								

備 考

注1 「※決定」欄は記載しないでください。

(3) 調剤

ア 様式 (16 ページ参照)

新様式 (色調は国保等と同じ「クリーム色」) となります。後期高齢者医療制度に係る請求について使用してください。

- ※ 現行の「診療報酬等請求書 (国保・退職・老人)」と様式が異なりますので、兼用はできません。
- ※ 請求書の版下は、本会で用意します。

イ 記載方法等

(ア) 請求先都道府県後期高齢者医療広域連合ごとに請求書を作成してください。

なお、請求先保険者名は広域連合所在都道府県名を記載し、保険者番号欄は法別番号「39」と県番2桁 (別表1参照) を記載してください。

※ 広域連合の構成市町村単位に保険者番号が設定されていますが、保険者番号ごとに請求書を作成する必要はありません。

(イ) 給付割合ごとに件数、点数等を記載してください。

(ウ) 公費負担医療の欄について、各法別ごとに件数等を再掲してください。

記載例

平成 20 年 4 月 分 調 剤 報 酬 請 求 書

保 険 者 群 馬 県 後 期 高 齢 者 医 療 広 域 連 合 様

保 険 業 局 の 群 馬 県 国 保 市 国 保 町 1-1-1
所 在 地 及 び 名 称 国 保 調 剤 業 局
電 話 番 号 9 9 9-9 9 9-9 9 9 9
開 設 者 氏 名 国 保 太 郎

平成 20 年 5 月 10 日

保 険 者 番 号	県 番 号	業 局 コ ー ド	法 別
3 9 1 0 / / / / / / / / / /	1 0	1 2 3 4 5 6 7	4

		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	後 期 高 齢 9 割	請 求 ①	123	1,234	123,456	
		※ 決 定				
	後 期 高 齢 7 割	請 求 ②	123	1,234	123,456	
		※ 決 定				
公 費 負 担 医 療 の 再 掲	5 1	請 求	10	123	12,345	
		※ 決 定				
	7 7	請 求	12	123	12,345	
		※ 決 定				
	8 7	請 求	12	123	12,345	
		※ 決 定				
		請 求				
		※ 決 定				

注 1 「※ 決定」欄は記載しないでください。

(4) 訪問看護

ア 様式(17ページ参照)

新様式(色調は国保等と同じ「クリーム色」)となります。後期高齢者医療制度に係る請求について使用してください。

- ※ 現行の「診療報酬等請求書(国保・退職・老人)」と様式が異なりますので、兼用はできません。
- ※ 請求書の版下は、本会で用意します。

イ 記載方法等

(ア) 請求先都道府県後期高齢者医療広域連合ごとに請求書を作成してください。

なお、請求先保険者名は広域連合所在都道府県名を記載し、保険者番号欄は法別番号「39」と県番2桁(別表1参照)を記載してください。

※ 広域連合の構成市町村単位に保険者番号が設定されていますが、保険者番号ごとに請求書を作成する必要はありません。

(イ) 給付割合ごとに件数、点数等を記載してください。

(ウ) 公費負担医療の欄について、各法別ごとに件数等を再掲してください。

記載例

平成20年 4月分 訪問看護療養費請求書

保険者 訪問看護ステーション 群馬県国保中国保町 1-1-1
 群馬県 後期高齢者医療広域連合様 の所在地及び名称 国保訪問看護ステーション
 電話番号 999-999-9999
 指定訪問看護 事業者氏名 国保 太郎 印

下記のとおり請求する。

平成20年 5月10日

保 険 者 番 号	県 番 号	ス テ ー シ ョ ン コ ー ド	表 別
3 9 1 0 / / / / / / / /	1 0	1 2 3 4 5 6 7	6

後期高齢者医療

		件 数	日 数	金 額	給付割合別金額
後期高齢9割	請求①	123	123	1,234,567	
	※決定				
後期高齢7割	請求②	123	123	1,234,567	
	※決定				

公費負担医療(再掲)

		件 数	日 数	金 額	給付割合別金額	基本利用料
51	請求	12	123	123,456		
	※決定					
77	請求	12	123	123,456		
	※決定					
87	請求	12	123	123,456		
	※決定					
	請求					
	※決定					

注1 「※決定」欄は記載しないでください。

II 福祉医療費の請求方法について

1 請求方法

後期高齢者医療制度に加入する福祉医療費受給者については、市町村ごとに新たに設定した「公費負担者番号」を記載した福祉医療費受給資格者証が再発行されます。公費負担者番号が設定されたことに伴い、福祉医療費は「併用明細書」による請求となります。

また、後期高齢者医療特定疾病療養（以下「マル長」という。）及び公費負担医療（以下「一般公費」という。）と併用する場合も併用明細書による請求となりますが、福祉医療における給付が生じない場合、福祉医療に係る記載は不要です。

なお、福祉医療費【連記式】明細書による請求はありません。特殊なケースが発生した場合の請求については、その都度、本会にご照会ください。

※ 旧受給資格者証での請求は、公費負担者番号未対応のため、本会の請求支払システム（全国標準）及び群馬県後期高齢者広域連合の電算処理システム（全国標準）において費用算定ができませんので、返戻いたします。

2 後期高齢者医療診療報酬等明細書

(1) 記載方法

ア 明細書の「公費負担者番号①及び②」及び「公費負担医療の受給者番号①及び②」欄

(ア) 一般公費と福祉医療とを併用する場合の記載方法

一般公費について、公費負担者番号①及び公費負担医療の受給者番号①欄に記載してください。

福祉医療について、公費負担者番号②及び公費負担医療の受給者番号②欄に福祉医療費受給資格者証に記載されている「公費負担者番号」8桁（別表2参照）及び「受給資格者番号」7桁を記載してください。

※ 後期高齢者医療制度以外の国保等に係る記載方法は、変更ありませんので、従前のとおり記載をお願いいたします。

(イ) 2種の一般公費と福祉医療が併用する場合の記載方法

一般公費について、公費負担者番号①、②及び公費負担医療の受給者番号①、②欄に記載し、福祉医療に係る公費負担者番号及び受給者番号等を明細書摘要欄右下に記載してください。

イ 明細書の「特記事項」欄

福祉医療に係る公費負担者番号の設定に伴い『80福祉』または『80』の記載は不要になります。

※ 後期高齢者医療制度以外の国保等に係る記載方法は、変更ありませんので、従前のとおり記載をお願いいたします。

ウ 明細書の「療養の給付」欄

(ア) 医科9割入院の場合

① 福祉医療併用の記載について

記載例1：保険請求点数と福祉請求点数が同じ場合

* 公費①:福祉

療 養 の 給 付	保 険	請 求 点 60,000	※ 決 定 点	負 担 金 額 円 44,400 <small>減額制(円)免除・支払猶予</small>	食 事 ・ 生 活 療 養	保 険	回 請 求 円 90 61,800	※ 決 定 円	(標 準 負 担 額) 円 51,000	
	公 費 ①	点 60,000	点	円		公 費 ①	回 90	円 61,800	円	円 51,000
	公 費 ②	点	点	円		公 費 ②	回	円	円	円

※ 「保険」の請求点数と「公費①」の請求点数が同じ場合は、「公費①」に係る記載を省略しても差し支えありません。

記載例2：保険請求点数と福祉請求点数が異なる場合

* 公費①:福祉

療 養 の 給 付	保 険	請 求 点 60,000	※ 決 定 点	負 担 金 額 円 44,400 <small>減額制(円)免除・支払猶予</small>	食 事 ・ 生 活 療 養	保 険	回 請 求 円 90 61,800	※ 決 定 円	(標 準 負 担 額) 円 51,000	
	公 費 ①	点 30,000	点	円		公 費 ①	回 45	円 30,900	円	円 25,500
	公 費 ②	点	点	円		公 費 ②	回	円	円	円

※ 月途中の福祉認定等で保険と福祉の点数が異なる場合の窓口徴収額については、負担金額を点数按分により計算します。

記載例2のケースでの窓口徴収額等は、以下のとおりになります。

$$\frac{30,000\text{点 (福祉)}}{60,000\text{点 (保険)}} \times 44,400\text{円 (負担金額)} = 22,200\text{円 (福祉負担額)}$$

$$44,400\text{円 (負担金額)} - 22,200\text{円 (福祉負担額)} = 22,200\text{円 (窓口徴収額)}$$

※ 月途中の福祉認定等の場合における食事療養について、福祉医療費支給対象となる金額等を記載してください。

なお、生活療養費は福祉医療費の対象になりませんので記載については、9頁のエ明細書の「食事・生活療養」を参照してください。

記載例3：マル長で保険請求点数と福祉請求点数が同じ場合

* 公費①:福祉

療 養 の 給 付	保 険	請 求 点 60,000	※ 決 定 点	負 担 金 額 円 10,000 <small>減額制(円)免除・支払猶予</small>	食 事 ・ 生 活 療 養	保 険	回 請 求 円 90 61,800	※ 決 定 円	(標 準 負 担 額) 円 51,000	
	公 費 ①	点 60,000	点	円		公 費 ①	回 90	円 61,800	円	円 51,000
	公 費 ②	点	点	円		公 費 ②	回	円	円	円

※ 負担金額等を福祉で負担します。

- ② 一般公費と福祉医療との併用記載について
 一般公費と福祉医療とを併用する場合、一般公費の請求内容により福祉医療費の請求方法が異なります。

記載例 1：一般公費と福祉医療を併用する場合
 (保険請求点数と一般公費請求点数が異なる場合)

* 公費①: 一般公費		公費②: 福祉							
療養の給付	保険請求点 60,000	※決定点	負担金額 円 (10,000) 49,400 <small>減額割(円)免除・支払猶予</small>	食事・生活療養	保険回数	請求円 61,800	※決定円	(標準負担額) 円 51,000	
の公費①	点 10,000	点	円 5,000	公費①	回 15	円 10,300	円	円 8,500	
の公費②	点 50,000	点	円	公費②	回 75	円 51,500	円	円 42,500	

※ 保険請求と公費請求が異なる請求点数等の場合は、公費対象外の請求点数等を福祉請求として記載してください。

記載例 2：一般公費と福祉医療を併用する場合
 (保険請求点数と一般公費請求点数が同じ場合)

* 公費①: 一般公費		公費②: 福祉							
療養の給付	保険請求点 60,000	※決定点	負担金額 円 (44,400) 44,400 <small>減額割(円)免除・支払猶予</small>	食事・生活療養	保険回数	請求円 61,800	※決定円	(標準負担額) 円 51,000	
の公費①	点 60,000	点	円 5,000	公費①	回 90	円 61,800	円	円 51,000	
の公費②	点 60,000	点	円	公費②	回 0	円 0	円	円 0	

※ 公費の患者負担額を福祉が給付しますので、保険請求と公費請求が同じ請求点数の場合は、同点数を福祉請求として記載してください。

なお、食事療養について、福祉医療の負担が発生しない場合の回数等は、「0」と記載してください。

記載例 3：マル長で一般公費と福祉医療を併用する場合
 (保険請求点数と一般公費請求点数が同じ場合)

* 公費①: 一般公費		公費②: 福祉							
療養の給付	保険請求点 60,000	※決定点	負担金額 円 (10,000) 10,000 <small>減額割(円)免除・支払猶予</small>	食事・生活療養	保険回数	請求円 61,800	※決定円	(標準負担額) 円 51,000	
の公費①	点 60,000	点	円 5,000	公費①	回 90	円 61,800	円	円 51,000	
の公費②	点 60,000	点	円	公費②	回 0	円 0	円	円 0	

※ 公費の患者負担額を福祉が給付しますので、保険請求と公費請求が同じ請求点数の場合は、同点数を福祉請求として記載してください。

なお、食事療養について、福祉医療の負担が発生しない場合の回数等は、「0」と記載してください。

記載例4：マル長で一般公費と福祉医療を併用する場合
 (保険請求点数と一般公費請求点数が異なる場合)

* 公費①: 一般公費		公費②: 福祉							
療養の給付	保険請求点	※ 決定点	負担金額 円 (10,000) 10,000 <small>減額割(円) 免除・支払猶予</small>	食事・生活療養	保険回数	請求円	※ 決定円	(標準負担額)	円
	60,000				90	61,800			51,000
	点	点	円		0	0	円	円	0
	10,000		5,000						
	点	点	円		90	61,800	円	円	51,000
	50,000								

※ 保険請求と公費請求が異なる請求点数等の場合は、公費対象外の請求点数等を福祉請求として記載してください。

(イ) 医科9割入院外の場合

(ア) 医科9割入院の場合と同様の取扱いとなります。

(ウ) 医科7割入院及び入院外の場合

(ア) 医科9割入院の場合と同様の取扱いとなります。

(エ) 歯科、調剤、訪問9割及び7割の場合

請求点数の記載については、(ア) 医科9割入院の場合と同様の取扱いとなります。

エ 明細書の「食事・生活療養」欄

生活療養標準負担額は福祉医療費の対象となりませんので「食事・生活療養の公費」欄の記載は省略せず「回数」、「請求」及び「(標準負担額)」欄に『0』と記載してください。

ただし、月の途中で療養病床から一般病床等に移った場合は、一般病床等における入院時食事療養に係る「食事療養標準負担額」のみが福祉医療の対象となりますが、対象となる食事療養標準負担額のほか、食事療養の回数及び請求(食事療養に係る金額)を記載してください。

記載例1：生活療養標準負担額のみの場合

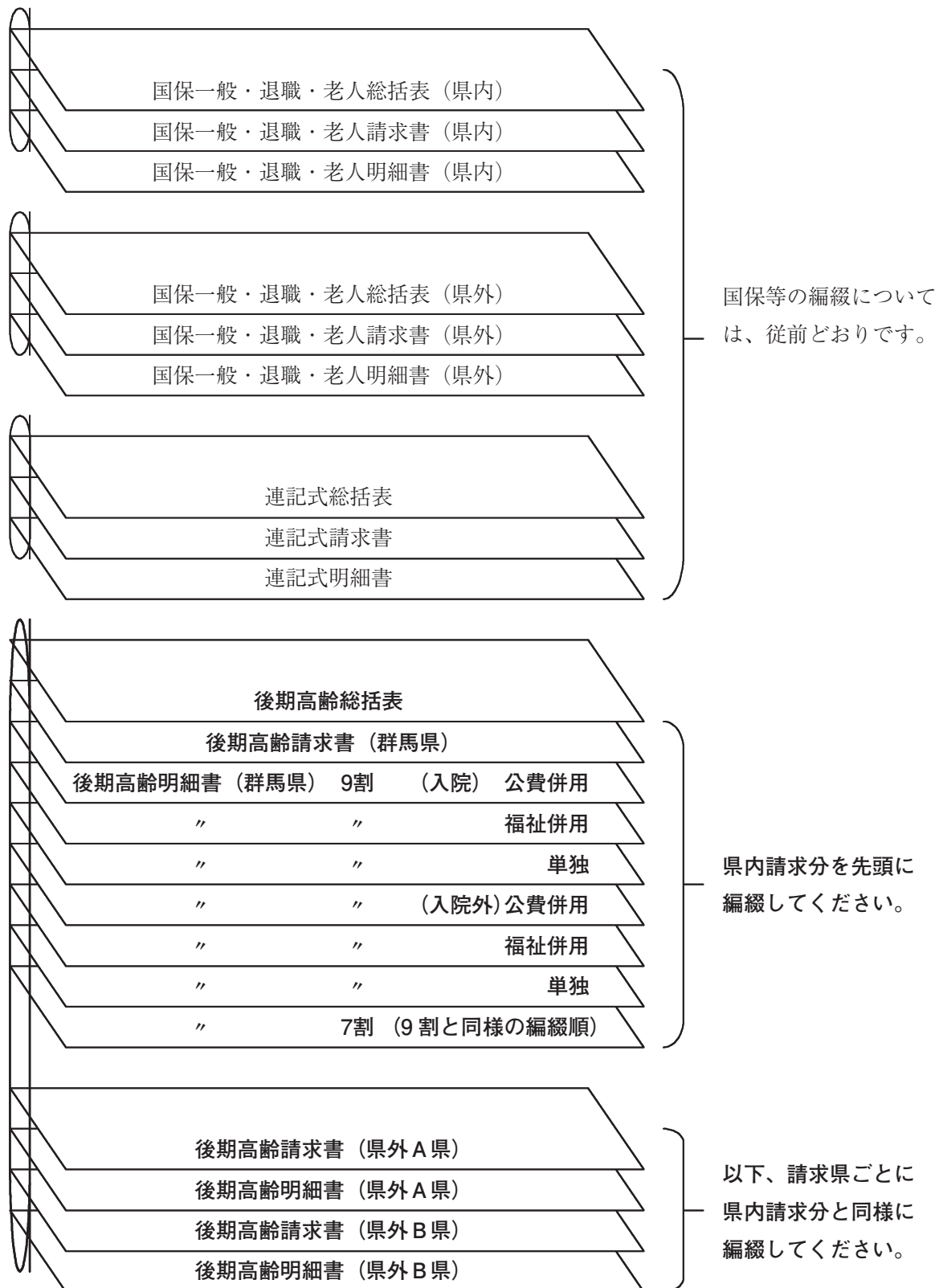
* 公費①: 福祉							
食事・生活療養	保険回数	請求円	※ 決定円	(標準負担額)	円		円
	90	61,800			51,000		
	0	0	円	※	円		円
			円	※	円		円

記載例2：生活療養標準負担額と食事療養標準負担額が混在する場合

* 公費①: 福祉							
食事・生活療養	保険回数	請求円	※ 決定円	(標準負担額)	円		円
	90	59,700			37,200		
	45	28,800	円	※	円		円
			円	※	円		円

Ⅲ 編綴方法について

後期高齢者医療に係る明細書等について、区分ごとに公費併用明細書、福祉併用明細書、単独明細書の順にし、県内請求分と他県請求分とを下図のように、まとめて編綴してください。



Ⅳ その他

1 平成20年3月診療分以前の月遅れ老人保健分請求について

従前どおりの請求方法となります。老人保健用の診療報酬等請求書を添付し、国保等請求分と合わせて請求してください。

2 診療報酬等明細書に係る資格確認について

後期高齢者医療に係る被保険者の資格確認につきましては、群馬県後期高齢者広域連合から業務委託され、本会で行うことになりました。本会では、診療報酬等明細書と群馬県後期高齢者医療広域連合から提供される被保険者台帳との資格チェックを行い、被保険者資格なし等の資格エラーが発生した場合は、他の事務返戻と同様に医療機関等に返戻いたします。

3 本会ホームページへの掲載について

今回の号外及び様式例について、下記の本会ホームページに掲載いたします。

※ ホームページアドレス

『<http://www.gunmakokuhou.or.jp>』

「別表1」

都道府県番号表

都道府県名	県番	都道府県名	県番	都道府県名	県番
北海道	01	石川	17	岡山	33
青森	02	福井	18	広島	34
岩手	03	山梨	19	山口	35
宮城	04	長野	20	徳島	36
秋田	05	岐阜	21	香川	37
山形	06	静岡	22	愛媛	38
福島	07	愛知	23	高知	39
茨城	08	三重	24	福岡	40
栃木	09	滋賀	25	佐賀	41
群馬	10	京都	26	長崎	42
埼玉	11	大阪	27	熊本	43
千葉	12	兵庫	28	大分	44
東京	13	奈良	29	宮崎	45
神奈川	14	和歌山	30	鹿児島	46
新潟	15	鳥取	31	沖縄	47
富山	16	島根	32		

福祉医療に係る市町村別公費負担者番号一覧

市町村名	負担者番号	市町村名	負担者番号
前 橋 市	77100014	南 牧 村	77100774
	87100012		87100772
高 崎 市	77100022	甘 楽 町	77100782
	87100020		87100780
桐 生 市	77100030	中 之 条 町	77100808
	87100038		87100806
伊 勢 崎 市	77100048	長 野 原 町	77100832
	87100046		87100830
太 田 市	77100055	孺 恋 村	77100840
	87100053		87100848
沼 田 市	77100063	草 津 町	77100857
	87100061		87100855
館 林 市	77100071	六 合 村	77100865
	87100079		87100863
渋 川 市	77100089	高 山 村	77100873
	87100087		87100871
藤 岡 市	77100097	東 吾 妻 町	77101111
	87100095		87101119
富 岡 市	77100105	片 品 村	77100907
	87100103		87100905
安 中 市	77100113	川 場 村	77100915
	87100111		87100913
み どり 市	77100121	昭 和 村	77100956
	87100129		87100954
富 士 見 村	77100535	み な か み 町	77101103
	87100533		87101101
榛 東 村	77100675	玉 村 町	77100998
	87100673		87100996
吉 岡 町	77100683	板 倉 町	77101053
	87100681		87101051
吉 井 町	77100717	明 和 町	77101061
	87100715		87101069
神 流 町	77100725	千 代 田 町	77101079
	87100723		87101077
上 野 村	77100741	大 泉 町	77101087
	87100749		87101085
下 仁 田 町	77100766	邑 楽 町	77101095
	87100764		87101093

(A4規格) 平成 年 月 分 診療報酬請求書 (医科)

保険者

後期高齢者医療広域連合様

保険医療機関の
所在地及び名称
電話番号
開設者氏名

下記のとおり請求する。

印

平成 年 月 日

保険者番号				県番号	医療機関コード				表別
3	9			10					1

後期高齢者医療

		療 養 の 給 付				食 事 療 養 ・ 生 活 療 養			
		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 割	請 求	入院							
		入院外				/	/	/	/
	※ 決 定	入院							
		入院外				/	/	/	/
後 七 期 高 齢 割	請 求	入院							
		入院外				/	/	/	/
	※ 決 定	入院							
		入院外				/	/	/	/

公費負担医療 (再掲)

		療 養 の 給 付				食 事 療 養 ・ 生 活 療 養			
		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
	請 求	入院							
		入院外				/	/	/	/
	※ 決 定	入院							
		入院外				/	/	/	/
	請 求	入院							
		入院外				/	/	/	/
	※ 決 定	入院							
		入院外				/	/	/	/
	請 求	入院							
		入院外				/	/	/	/
	※ 決 定	入院							
		入院外				/	/	/	/

備 考

注1 「※決定」欄は記載しないでください。

(A4規格) 平成 年 月分 診療報酬請求書 (歯科)

保険者

後期高齢者医療広域連合様

保険医療機関の
所在地及び名称
電話番号
開設者氏名

下記のとおり請求する。

印

平成 年 月 日

保険者番号				県番号	医療機関コード				表別
3	9			10					3

後期高齢者医療

		療 養 の 給 付				食 事 療 養 ・ 生 活 療 養			
		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 割	請 求	入院							
		入院外				/	/	/	/
	※ 決 定	入院							
		入院外				/	/	/	/
後 七 期 高 齢 割	請 求	入院							
		入院外				/	/	/	/
	※ 決 定	入院							
		入院外				/	/	/	/

公費負担医療 (再掲)

		療 養 の 給 付				食 事 療 養 ・ 生 活 療 養			
		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
	請 求	入院							
		入院外				/	/	/	/
	※ 決 定	入院							
		入院外				/	/	/	/
	請 求	入院							
		入院外				/	/	/	/
	※ 決 定	入院							
		入院外				/	/	/	/
	請 求	入院							
		入院外				/	/	/	/
	※ 決 定	入院							
		入院外				/	/	/	/

備 考

注1 「※決定」欄は記載しないでください。

後 期 高 齢

(A4規格)

平成 年 月 分 調 剤 報 酬 請 求 書

保 険 者

後期高齢者医療広域連合様

保 険 薬 局 の
所 在 地 及 び 名 称
電 話 番 号
開 設 者 氏 名

印

下記のとおり請求する。

平成 年 月 日

保 険 者 番 号				県 番 号	薬 局 コ ー ド				表 別
3	9			1	0				4

		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	後 期 高 齢 9 割	請 求 ①				
		※ 決 定				
	後 期 高 齢 7 割	請 求 ②				
		※ 決 定				
公 費 負 担 医 療 (再 掲)		請 求				
		※ 決 定				
		請 求				
		※ 決 定				
		請 求				
		※ 決 定				
		請 求				
		※ 決 定				

注 1 「※決定」欄は記載しないでください。

後 期 高 齢

(A4規格)

平成 年 月 分 訪問看護療養費請求書

保険者

後期高齢者医療広域連合様

訪問看護ステーション
の所在地及び名称
電話番号
指定訪問看護
事業者氏名

印

下記のとおり請求する。

平成 年 月 日

保 険 者 番 号				県番号	ステーションコード			
3	9			1	0			

表別
6

後期高齢者医療

		件数	日数	金額	精神等各法負担金額
後期高齢9割	請求①				
	※決定				
後期高齢7割	請求②				
	※決定				

公費負担医療（再掲）

		件数	日数	金額	精神等各法負担金額	基本利用料
	請求					
	※決定					
	請求					
	※決定					
	請求					
	※決定					
	請求					
	※決定					

注1 「※決定」欄は記載しないでください。

後 期 高 齢