

国保連合会だより



NO. 27-4

平成27年 8月18日

静岡県国民健康保険団体連合会

〒420-8558

静岡市葵区春日2丁目4番34号

TEL (054) 253-5581

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

1 処方せんを発行した保険医療機関の入力誤りに注意願います。

「保険医療機関の所在地及び名称」欄、「都道府県番号」欄、「点数表番号」欄及び「医療機関コード」欄について、処方せんを発行した保険医が診療に従事する保険医療機関の所在地、名称、都道府県番号、点数表番号及び医療機関コードを処方せんに基づいて入力してください。

- (1) 「都道府県番号」欄には、保険医療機関の所在する都道府県番号2桁（診療報酬明細書に記載する都道府県番号と同様の番号）を記載してください。
- (2) 「点数表番号」欄には、医科は1、歯科は3を記載してください。
- (3) 「医療機関コード」欄には、それぞれの保険医療機関について定められた医療機関コード7桁（診療報酬明細書に記載する医療機関コードと同様の番号）を記載してください。

※調剤報酬明細書（様式第5号より抜粋）

氏名											
職務上の事由											
保険医療機関の所在地及び名称											
都道府県番号		点数表番号		医療機関コード							保険医氏名

<留意点>

- ・ 医科医療機関コードと歯科医療機関コードの入力誤り
併設歯科は医療機関名が同じでも別の医療機関コードが設定されています。
点数表番号は、医科「1」 歯科「3」になります
- ・ 同一患者に複数の医療機関から処方せんが発行された場合
調剤報酬明細書は、処方せんを発行した保険医療機関ごとの作成となります。
- ・ 請求誤りの場合
請求取消依頼書を提出していただき、再請求の取扱いとなります。

2 こども医療費過誤内訳書の印字を下記のとおり変更しました。

(変更前)

平成○年×月分 こども医療費過誤内訳書												
保険医療機関名 1234567 ○○○○病院						静岡県国民健康保険団体連合会						
負担者番号	受給者番号	診療月	退職	入外	長原	点数	金額	食事・生活療養費		高額療養費	薬剤一部負担金	過誤理由
								基準額	金額			
83220020	123456	02		外			-330		0			H
83220020	123456	01		外			-300		0			H
83220012	234567	02		入			-1000		0			9
83220061	12345678	04		外			-350		0			5
83220152	12345678	04		外			350		0			5
83220129	123456789	03		外			-2500		0			A

◇受給者番号順(昇順)→負担者番号順(昇順)→診療月順(降順)



(変更後)

平成○年×月分 こども医療費過誤内訳書												
保険医療機関名 1234567 ○○○○病院						静岡県国民健康保険団体連合会						
負担者番号	受給者番号	診療月	退職	入外	長原	点数	金額	食事・生活療養費		高額療養費	薬剤一部負担金	過誤理由
								基準額	金額			
83220012	234567	02		入			-1000		0			9
83220020	123456	01		外			-300		0			H
83220020	123456	02		外			-330		0			H
83220129	123456789	03		外			-2500		0			A
83220061	12345678	04		外			-350		0			5
83220152	12345678	04		外			350		0			5

◆1 過誤理由が「5」(保険者入繰り)以外を次の順番に並べます。

負担者番号順→受給者番号順→診療月順→入外順

※ 負担者番号順から診療月順までは昇順です。入外順は入→外の順です。

◆2 過誤理由が「5」(保険者入繰り)のものを次の順番に並べます。

受給者番号順

担当：保険者支援室

電話：054-253-5595