

国保だより

第 15 号

発 行 宮城県国民健康保険団体連合会
仙台市青葉区上杉1-2-3
T E L 022-222-7075 (審査業務課)
022-222-7170 (審査管理課)
022-222-7170 (情報管理課)
<http://www.miyagi-kokuho.or.jp/>

* 宮城県歯科医師国保組合の給付割合の変更について

平成18年4月1日から以下のとおり変更になりましたので、ご留意願います。

保 険 者 名	保険者コード	変 更 後	変 更 前
宮城県歯科医師 国 保 組 合	0 4 3 0 1 8	組合員 <u>7割</u>	組合員 <u>8割</u>

お願い

1 市町村合併に伴う診療（調剤）報酬明細書等の請求について

平成18年3月31日の市町村合併に伴う診療（調剤）報酬明細書等の請求方法については、
本会通知（平成18年3月3日付け宮国連第514号）によりお知らせしておりますので、
ご留意の上、請求願います。

なお、被保険者証及び各種受給者証についても確認願います。

2 宮城県乳幼児医療費助成事業について

宮城県乳幼児医療費助成事業における明細書等の記載について、請求書の再掲及び明細書の
保険種別欄の「本人・家族」欄の誤記（誤入力）が見受けられます。前号（国保だより第14号）
に掲載した明細書等の記載方法をご確認の上、記入（入力）されるようお願いいたします。

3 平成18年度診療報酬改定について

平成18年4月1日から診療報酬等点数表が改定されました。4月診療分（5月提出分）からの
請求にあたっては、点数及び薬価等をご確認の上、提出されるようお願いいたします。

4 保険医療機関の再審査申立について

保険医療機関から提出される再審査申立書の様式が変更になり、取扱いは平成18年4月
提出分から対象となります。再審査申立書の様式等を掲載いたしましたのでご参照ください。

なお、使用にあたってはコピーしてお使い願います。再審査申立書の様式はホームページ
（<http://www.miyagi-kokuho.or.jp/>）にも掲載しております。

「再審査申立書（医科・歯科）」の記載について（お願い）

本会へ請求及び支払済みの診療（調剤）報酬明細書について「再審査」の申立を行う場合は、別添「再審査申立書（医科・歯科）」（コピー対応可）を、下記に基づき所要事項を記載の上、毎月10日までに本会あて提出されるようお願いいたします。（明細書1件ごとに1枚作成して提出願います。）

記

再審査等対象種別欄及び請求（調整）年月日

再審査等対象種別	請求（調整）年月	備 考
1. 一次審査	当初、レセプトを本会に請求した年月（通常は診療年月の翌月）を記入	増減点通知書
2. 調剤審査	診療報酬相殺通知書の「相殺した審査月」の年月を記入	診療報酬相殺通知書
3. 再審査	再審査（増減点）通知書の「調整した審査月」の年月を記入	再審査（増減点）通知書

該当する番号に を付す

<調剤審査の場合のみ記入>
診療報酬相殺通知書に記載の薬局コード番号及び薬局の所在地名を記入

当初請求したレセプトの保険者番号（退職含む）・被保険者証記号番号等及び患者氏名を記入（フリガナは必ず記入）

当初請求したレセプトの合計点数・一部負担金・入院時の食事療養費等の額を記入

減点された項目（投薬・検査・処置等）を記入

減点された全ての減点点数を記入

医療機関 連合会（控え）

再審査申立書（医科・歯科）

平成 年 月 日

宮城県国民健康保険医療報酬審査委員会 御中

保険医療機関コード

保険医療機関の所在地及び名称
請求者氏名
電話番号

Ⓧ

下記のとおり、再審査の申立をします。

点数表	診療年月	請求（調整）年月	診療科	給付割合
医科	年 月	年 月		10・9・8・7
歯科	年 月	年 月		
明細書	1本入・3三入・5家入・7高入9・9高入8		再審査等対象種別	
区分	2本外・4三外・6家外・8高外9・0高外8		1一次審査・2調剤審査・3再審査	

再審査等対象種別	保険薬局コード			
が調剤審査のとき	保険薬局名称			
保険者名	保険者番号			
フリガナ	被保険者証記号番号			
患者氏名				
市町村番号	受給者番号			
公費負担者番号	生年月 M・T・S・H 年 月 性別 男・女			
申立	請求点数	点	一部負担金	円
日数	食事療養費	円	標準負担額	円
減点項目	減点点数	点	減点内容	
申立事由 減点された不服申立内容を具体的に記入				

（FAX不可）

再審査申立書（医科・歯科）

平成 年 月 日

宮城県国民健康保険診療報酬審査委員会 御中

保険医療機関コード

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

保険医療機関の
所在地及び名称
請求者氏名
電話番号

(印)

下記のとおり、再審査の申立をします。

点 数 表		診 療 年 月		請求（調整）年月			診療科	給付割合	
医科	歯科	年	月	年	月			10・9・8・7	
明細書	1本入・3三入・5家入・7高入9・9高入8			再審査等対象種別					
区分	2本外・4三外・6家外・8高外9・0高外8			1一次審査・2調剤審査・3再審査					
再審査等対象種別 が調剤審査のとき		保険薬局コード							
		保険薬局名称							
保 険 者 名					保 険 者 番 号				
フリガナ					被 保 険 者 証 記 号 番 号				
患 者 氏 名									
市町村番号					受 給 者 番 号				
公費負担者番号					生年月	M・T・S・H	年	月	性別 男・女
申立		請求点数			点	一部負担金		円	
日数		食事療養費			円	標準負担額		円	
減点項目		減点点数		減 点 内 容					
				点					

申立事由

平成 年 月 日

宮城県国民健康保険団体連合会 御中

診療報酬支払額決定通知書等の再発行について

下記のとおり、書類の再発行をお願いします。

記

1 再発行書類（該当する書類に 印を付してください。）

- | | | |
|---------------------|---|------|
| ・ 診療報酬等支払額決定通知書 | 年 | 月診療分 |
| ・ 診療報酬等支払額決定通知書内訳書 | 年 | 月診療分 |
| ・ 国民健康保険過誤調整結果通知書 | 年 | 月診療分 |
| ・ 老人保健過誤調整結果通知書 | 年 | 月診療分 |
| ・ 社保乳幼児診療報酬支払額決定内訳書 | 年 | 月診療分 |
| ・ 社保乳幼児過誤調整結果通知書 | 年 | 月診療分 |

2 再発行の理由

3 保険医療機関等のコード・名称等

保険医療機関等コード

名 称

開設者氏名

①

宮城県内 保険者番号等一覧表

(平成18年4月1日現在)

区分	保険者名	保険者番号	老人保健	退職者医療	乳幼児(83公費)	15公費	53公費
宮城県							53 04 601 7
仙台市(区)	仙台市	040014					53 04 602 5
	青葉区	044016	27044015	67044016	83 04 095 6	15 04 401 9	
	宮城野区	044024	27044023	67044024	83 04 096 4	15 04 402 7	
	若林区	044032	27044031	67044032	83 04 097 2	15 04 403 5	
	太白区	044040	27044049	67044040	83 04 098 0	15 04 404 3	
	泉区	044057	27044056	67044057	83 04 099 8	15 04 405 0	
市	石巻市	040022	27040021	67040022	83 04 002 2	15 04 002 5	53 04 603 3
	塩竈市	040030	27040039	67040030	83 04 003 0	15 04 003 3	53 04 604 1
	気仙沼市	040055	27040054	67040055	83 04 005 5	15 04 005 8	53 04 606 6
	白石市	040063	27040062	67040063	83 04 006 3	15 04 006 6	53 04 607 4
	名取市	040071	27040070	67040071	83 04 007 1	15 04 007 4	53 04 608 2
	角田市	040089	27040088	67040089	83 04 008 9	15 04 008 2	53 04 609 0
	多賀城市	040097	27040096	67040097	83 04 009 7	15 04 009 0	53 04 610 8
	岩沼市	040113	27040112	67040113	83 04 011 3	15 04 011 6	53 04 612 4
	栗原市	040766	27040765	67040766	83 04 076 6	15 04 076 9	53 04 614 0
	登米市	040774	27040773	67040774	83 04 077 4	15 04 077 7	53 04 613 2
	東松島市	040782	27040781	67040782	83 04 078 2	15 04 078 5	53 04 615 7
	大崎市	040816	27040815	67040816	83 04 081 6	15 04 081 9	53 04 712 2
刈田郡	蔵王町	040121	27040120	67040121	83 04 012 1	15 04 012 4	53 04 651 2
	七ヶ宿町	040139	27040138	67040139	83 04 013 9	15 04 013 2	53 04 652 0
柴田郡	大河原町	040147	27040146	67040147	83 04 014 7	15 04 014 0	53 04 653 8
	村田町	040154	27040153	67040154	83 04 015 4	15 04 015 7	53 04 654 6
	柴田町	040162	27040161	67040162	83 04 016 2	15 04 016 5	53 04 655 3
	川崎町	040170	27040179	67040170	83 04 017 0	15 04 017 3	53 04 656 1
伊具郡	丸森町	040188	27040187	67040188	83 04 018 8	15 04 018 1	53 04 657 9
亘理郡	亘理町	040196	27040195	67040196	83 04 019 6	15 04 019 9	53 04 658 7
	山元町	040204	27040203	67040204	83 04 020 4	15 04 020 7	53 04 659 5
宮城郡	松島町	040220	27040229	67040220	83 04 022 0	15 04 022 3	53 04 660 3
	七ヶ浜町	040238	27040237	67040238	83 04 023 8	15 04 023 1	53 04 661 1
	利府町	040253	27040252	67040253	83 04 025 3	15 04 025 6	53 04 662 9
黒川郡	大和町	040261	27040260	67040261	83 04 026 1	15 04 026 4	53 04 663 7
	大郷町	040279	27040278	67040279	83 04 027 9	15 04 027 2	53 04 664 5
	富谷町	040287	27040286	67040287	83 04 028 7	15 04 028 0	53 04 665 2
	大衡村	040295	27040294	67040295	83 04 029 5	15 04 029 8	53 04 666 0
加美郡	色麻町	040337	27040336	67040337	83 04 033 7	15 04 033 0	53 04 667 8
	加美町	040758	27040757	67040758	83 04 075 8	15 04 075 1	53 04 709 8
遠田郡	涌谷町	040394	27040393	67040394	83 04 039 4	15 04 039 7	53 04 673 6
	美里町	040790	27040799	67040790	83 04 079 0	15 04 079 3	53 04 711 4
牡鹿郡	女川町	040683	27040682	67040683	83 04 068 3	15 04 068 6	53 04 702 3
本吉郡	本吉町	040725	27040724	67040725	83 04 072 5	15 04 072 8	53 04 706 4
	南三陸町	040808	27040807	67040808	83 04 080 8	15 04 080 1	53 04 710 6

国民健康保険保組合	保険者名	保険者番号
	県歯科医師国保組合	043018
	県医師国保組合	043026
	県建設業国保組合	043034
	全国土木国保組合	133033

5 診療報酬支払額決定通知書等について

診療報酬等支払額決定通知書等は、確定申告等に必要となる書類ですので、大切に保管されるようお願いいたします。

万一、紛失等により再発行の依頼をされる場合は、別添「診療報酬支払額決定通知書等再発行依頼書」(コピー対応可)に、所要事項を記載の上、本会審査業務課あてに送付ください。

なお、依頼書の様式はホームページにも掲載しております。

お知らせ

1 レセプト提出日

診療月	提出期限	レセ処理分提出協力日
3月	4月10日(月)	4月7日(金)
4月	5月10日(水)	5月9日(火)
5月	6月12日(月)	6月8日(木)
6月	7月10日(月)	7月7日(金)

2 診療報酬支払予定日

診療月	支払予定日
2月	4月27日(木)
3月	5月30日(火)
4月	6月29日(木)
5月	7月28日(金)

提出期限は上記のとおりとなっておりますが、早期提出にご協力をお願いいたします。

なお、診療報酬請求書等の受付及び診療報酬支払予定日の年間予定表をホームページに掲載しておりますのでご覧ください。

3 県内保険者、市町村番号等一覧表について

平成18年4月1日現在における県内保険者、市町村番号等一覧表を別添のとおり作成いたしましたのでご活用ください。

お詫び

気仙沼市における保険者番号等について(訂正)

本会通知(平成18年3月3日付け宮国連第514号)において、誤りがありましたので訂正いたします。

気仙沼市知的障害援護施設入所者

訂正後	訂正前
53046066	53040606

宮城県からのお知らせ

* 国民健康保険被保険者証を無効とすることについて

このことについて、宮城県保健福祉部から、下記のとおり連絡がありましたのでお知らせいたします。

記

保険者番号・保険者名	030072 岩手県久慈市
被保険者証の記号・番号	007-054771(平成17年8月2日交付) 007-019835(平成17年8月19日交付)
このことに関する問合せ先	久慈市 国保年金課 国保グループ 電話 0194-52-2118

保険者番号・保険者名	030098 岩手県一関市
被保険者証の記号・番号	1132-1177 (平成18年1月6日交付)
このことに関する問合せ先	一関市 市民環境部 国民年金課 国保係 電話 0191-21-2111

保険者番号・保険者名	220145 静岡県藤枝市
被保険者証の記号・番号	1781660 (平成17年10月1日交付)
このことに関する問合せ先	藤枝市 国保年金課 医療給付係 電話 054-643-3111

保険者番号・保険者名	67320549 鳥根県八束郡東出雲町
被保険者証の記号・番号	12-00060224 (平成17年10月1日交付)
このことに関する問合せ先	東出雲町 町民課 総合窓口グループ 電話 0852-52-6716

保険者番号・保険者名	340109 広島県三次市
被保険者証の記号・番号	70410147 (平成17年10月1日交付) 05021084 (平成17年10月1日交付)
このことに関する問合せ先	三次市 市民生活部 さわやか市民室 保険年金グループ 電話 0824-62-6134

保険者番号・保険者名	340281 広島県廿日市市
被保険者証の記号・番号	00073644 (平成17年12月1日交付)
保険者番号・保険者名	340299 (旧広島県佐伯郡大野町)
被保険者証の記号・番号	00246891 (平成18年1月23日交付)
保険者番号・保険者名	340331 (旧広島県佐伯郡宮島町)
被保険者証の記号・番号	00008133 (平成17年12月21日交付)
このことに関する問合せ先	廿日市市 福祉保健婦保険課 国保年金係 電話 0829-20-0001

保険者番号・保険者名	390351 高知県香美郡野市町
被保険者証の記号・番号	010-808-1 (平成17年4月1日交付)
このことに関する問合せ先	野市町 町民課 国民健康保険係 電話 0887-56-3911

保険者番号・保険者名	450700 宮崎県児湯郡木城町
被保険者証の記号・番号	5436 (平成17年8月1日交付)
このことに関する問合せ先	木城町 町民課 保険係 電話 0983-32-2211

保険者番号・保険者名	450866 宮崎県東臼杵郡美郷町
被保険者証の記号・番号	00006463 (平成18年1月1日交付)
このことに関する問合せ先	美郷町 西郷支所 福祉保健課 町民生活担当 電話 0982-66-3610