

令和元年度

医療保険事務講習会

[第1回] 令和元年9月18日(水)
会場：杉並公会堂

[第2回] 令和元年9月19日(木)
会場：杉並公会堂

[第3回] 令和元年9月25日(水)
会場：たましん RISURU ホール

主 催

公益社団法人東京都医師会・東京都福祉保健局

次 第

挨 拶

1. 保険診療と請求の基本的事項について

- [18日] 清水 孔嗣(東京都福祉保健局指導第三課医事専門課長)
- [19日] 川端 啓互(関東信越厚生局東京事務所医療事務専門官)
- [25日] 清水 孔嗣(東京都福祉保健局指導第三課医事専門課長)

2. 公費負担医療（東京都医療費助成制度等） の取扱い上の留意点について

①. 都医療費助成制度

- [18日・19日・25日]
原田 豊実(東京都福祉保健局保健政策部医療助成課課長代理(医療給付担当))

②. 都以外の医療費助成制度（心身障害者医療費助成制度等）

- [18日・19日] 廣瀬 由紀(東京都福祉保健局保健政策部医療助成課課長代理(医療助成担当))
- [25日] 湯川 綾(東京都福祉保健局保健政策部医療助成課課長代理(助成担当))

3. 診療報酬請求書等の提出上の留意点について

①. 社会保険関係（明細書提出上の留意点及び資格関係について）

- [18日] 鈴木 芳永(社会保険診療報酬支払基金東京支部審査企画部事業管理課第1係長)
- [19日] 會澤 清美(社会保険診療報酬支払基金東京支部審査企画部事業管理課副長)
- [25日] 塩入 正之(社会保険診療報酬支払基金東京支部審査企画部事業管理課副長)

②. レセプト電算処理システムに係る留意点について

- [18日] 高梨 恵美子(社会保険診療報酬支払基金東京支部審査企画部事業管理課副長)
- [19日] 松崎 成典(社会保険診療報酬支払基金東京支部審査企画部事業管理課第3係長)
- [25日] 高橋 良之(社会保険診療報酬支払基金東京支部審査企画部事業管理課副長)

③. 国民健康保険関係

- [18日・19日・25日]
宮澤 元子(東京都国民健康保険団体連合会企画事業部管理課管理係長)

次 第

挨 拶

1. 保険診療と請求の基本的事項について

- [18日] 清水 孔嗣(東京都福祉保健局指導第三課医事専門課長)
- [19日] 川端 啓互(関東信越厚生局東京事務所医療事務専門官)
- [25日] 清水 孔嗣(東京都福祉保健局指導第三課医事専門課長)

2. 公費負担医療（東京都医療費助成制度等） の取扱い上の留意点について

①. 都医療費助成制度

- [18日・19日・25日]
原田 豊実(東京都福祉保健局保健政策部医療助成課課長代理(医療給付担当))

②. 都以外の医療費助成制度（心身障害者医療費助成制度等）

- [18日・19日] 廣瀬 由紀(東京都福祉保健局保健政策部医療助成課課長代理(医療助成担当))
- [25日] 湯川 綾(東京都福祉保健局保健政策部医療助成課課長代理(助成担当))

3. 診療報酬請求書等の提出上の留意点について

①. 社会保険関係（明細書提出上の留意点及び資格関係について）

- [18日] 鈴木 芳永(社会保険診療報酬支払基金東京支部審査企画部事業管理課第1係長)
- [19日] 會澤 清美(社会保険診療報酬支払基金東京支部審査企画部事業管理課副長)
- [25日] 塩入 正之(社会保険診療報酬支払基金東京支部審査企画部事業管理課副長)

②. レセプト電算処理システムに係る留意点について

- [18日] 高梨 恵美子(社会保険診療報酬支払基金東京支部審査企画部事業管理課副長)
- [19日] 松崎 成典(社会保険診療報酬支払基金東京支部審査企画部事業管理課第3係長)
- [25日] 高橋 良之(社会保険診療報酬支払基金東京支部審査企画部事業管理課副長)

③. 国民健康保険関係

- [18日・19日・25日]
宮澤 元子(東京都国民健康保険団体連合会企画事業部管理課管理係長)

目 次

1. 保険診療と請求の基本的事項について	1
2. 公費負担医療（東京都医療費助成制度等） の取扱い上の留意点について ※「公費負担医療の手引（令和元年9月）」（別冊）参照	
3. 診療報酬請求書等の提出上の留意点について	
① 社会保険関係（明細書提出上の留意点及び資格関係について）	27
② レセプト電算処理システムに係る留意点について	47
③ 国民健康保険関係	79

1. 保険診療と請求の基本的事項について

令和元年度 医療保険事務講習会

主催

公益社団法人 東京都医師会
東京都福祉保健局

協力

関東信越厚生局東京事務所
社会保険診療報酬支払基金東京支部・東京都国民健康保険団体連合会

保険診療と請求の 基本的事項について

1 保険診療の実施について

(1) 保険診療とは

- 健康保険法等の医療保険各法に基づいて、
保険者と保険医療機関が参加する「契約診療」
- つまり、保険医療機関および保険医は、医療保険各
法等で規定されている 保険診療という制度に参加
している。
- したがって、相互に制度のルールに基づいて療養の
給付(医療の提供・費用の請求・支払い)を実施す
る必要がある。

医療機関及び保険医養担当規則
診療報酬点数表(告示)
健康保険法等の関係法令 など

(2) 保険診療として診療報酬を請求するには

- 1 保険医が
- 2 保険医療機関において
- 3 健康保険各法、医師法、医療法、医薬品医療機器等法等の各種関係法令の規定を遵守し
- 4 『保険医療機関及び保険医療養担当規則』の規定に基づき
- 5 医学的に妥当適切な診療を行い
- 6 診療報酬点数表に定められた請求を行っている

「医療機関及び保険医療養担当規則」とは

通称『療担規則』（厚生労働大臣の定める省令）

第1章 保険医療機関の療養担当 1条から11条の3まで
療養の給付の担当範囲、担当方針 等

第2章 保険医の診療方針等 12条から23条の2まで
診療の一般的・具体的方針、診療録の記載 等

第3章 雑則(略)



保険医療機関や保険医が保険診療を行う上で守らなければならない基本的な規則

(3)療養担当規則等により禁止 されていることなど

特殊療法等の禁止

健康診断の禁止

研究的検査の禁止

濃厚(過剰)診療の禁止

経済上の利益の提供による誘引の禁止

特定の保険薬局への誘導の禁止

無診察診療の禁止(医療法)

特殊療法等の禁止(第18条)

保険医は、特殊な療法又は新しい療法等(医療材料などを含む)については、厚生労働大臣の定めるもののほか行ってはならない。(18条)

(例外として、先進医療、患者申出療養)

診察の具体的方針(第20条)

健康診断の禁止 (1項ハ)

健康診断は、療養の給付の対象として行ってはならない。

(例) 疑われる所見はないが「胃がんが心配」との患者からの求めに応じて胃カメラを実施

研究的検査の禁止 (1項ヘ)

各種の検査は、研究の目的をもって行ってはならない。(治験は例外)

診療の具体的方針(第20条)つづき 濃厚(過剰)診療の禁止

- * 検査、投薬、手術・処置、リハビリテーション等は診療上必要と認められる場合に行う。(20条一項ホ、二項イ、五項、六項など)



【不適切な検査の例】

医療機関で決めた検査項目を一律に実施するセット検査

経済上の利益の提供による誘引の禁止 (第2条の4の2)

■ 患者に対して、自己負担額として受領する費用の額に応じて、当該保険医療機関が行う収益業務に係る物品の対価の額の値引きをすること、その他の健康保険事業の健全な運営を損なうおそれのある経済上の利益の提供により、当該患者が自己の保険医療機関において診療を受けるように誘引してはならない。

■ 事業者又はその従事者に対して、患者を紹介する対価として金品を提供すること、その他の健康保険事業の健全な運営を損なうおそれのある経済上の利益の提供により、当該患者が自己の保険医療機関において診療を受けるように誘引してはならない。

特定の保険薬局への誘導の禁止 (第2条の5、19条の3)

■ 保険医療機関は処方箋の交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行ってはならない。

■ 保険医療機関は処方箋の交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行うことの対償として、保険薬局から金品その他の財産上の利益を收受してはならない。

■ 保険医は処方箋の交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行ってはならない。(19条の3)

(参考：医師法)

無診察治療等の禁止 (医師法第20条)

医師は、自ら診察しないで治療をし、若しくは診断書若しくは処方せんを交付し、自ら出産に立ち会わないで出生証明書若しくは死産証明書を交付し、又は自ら検案をしないで検案書を交付してはならない。

2 保険請求上の 主な留意点について

(1) 診療録の取扱いについて



(1) 診療録の取扱いについて

診療録とは

■ 診療録(カルテ)は、診療経過の記録であると同時に、診療報酬請求の根拠でもある。診療事実に基づいて必要事項を適切に記載していなければ、不正請求の疑いを招くおそれがある。

診療録の記載(医師法第24条)(療担第22条)

医師は、患者の診療を行った場合は、遅滞なく、必要な事項を診療録に記載しなければならない(法)

診療録の保存(医師法第24条第2項)(療担第9条)

- 患者の診療録は、その完結の日から5年間保存しなければならない
- 療養の給付の担当に関する帳簿・書類その他の記録は、その完結の日から3年間は保存しなければならない(療担)

(1) 診療録の取扱いについて

(ア) 形式の不備及び整備について

- 診療録が様式第一号(一)の1から3の形式に沿った内容となっていない。
- 保険診療と自費診療(健康診断等)が区別されていない。

療養担当規則

第8条(診療録の記載及び整備)

保険医療機関は、第22条の規定による診療録に療養の給付の担当に関し必要な事項を記載し、これを他の診療録と区別して整備しなければならない。

第12条(診療の一般的方針)

保険医の診療は、一般に医師又は歯科医師として診療の必要があると認められる疾病又は負傷に対して、適確な診断をもととし、患者の健康の保持増進上妥当適切に行わなければならない。

第22条(診療録の記載)

保険医は、患者の診療を行った場合には、遅滞なく、様式第一号又はこれに準ずる様式の診療録に、当該診療に関し必要な事項を記載しなければならない。

(1) 診療録の取扱いについて

(イ) 電子カルテの留意点について

真正性・見読性・保存性の原則を確保

「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン(第5版)」

- 真正性: 修正履歴の履歴追跡可能、記録者が明確
- 見読性: データのモニタ表示、文書出力の機能
- 保存性: データ保存の堅牢性、二重化

(不適切な取扱いの例)

- IDやパスワード等を記したメモ等を端末に掲示する。
- 他の人物のIDを使い、電子カルテにアクセスする。また、自分のIDを他のスタッフ(担当看護師など)に使用させて、食事や処方オーダー入力を代行させる。

(1) 診療録の取扱いについて

(ウ) 傷病名の記載について

- 医学的に妥当適切な傷病名を医師自ら決定する。
- 必要に応じて慢性・急性、部位、左・右の区別をする。
- 診療開始・終了年月日を記載する。
- 傷病の転帰を記載し病名を整理する。
 - * 疑い病名は早期に確定病名または中止とする
 - * 急性病名が長期間続くことは不適切

査定を防ぐための虚偽の傷病名、いわゆる「レセプト病名」は認められない

(1) 診療録の取扱いについて

傷病名の記載例

- いわゆる「レセプト病名」の例
 - ・ 適応外の感染症の検査目的 ⇒ 慢性肝炎の疑い
 - ・ 適応外のH2ブロッカーの使用目的 ⇒ 上部消化管出血
→ 事実であれば問題ないが、虚偽の病名は不可
- 傷病名だけでは診療内容の説明が不十分と思われる場合は摘要欄及び症状詳記で補う



客観的事実(検査結果等)に基づき、
当該診療行為が必要な理由を具体的に記載する

(2) 診療報酬の請求についての留意点



カルテに診察の記録がないのに算定！

既往症・原因・主要症状、経過等	処方・手術・処置等
<p>H30.9.11 n.p.</p> <p>診療内容に関する記載がない。</p> <p>10月9日の診療は無診察診療が疑われる。</p> <p>H30.10.9 薬のみ</p> <p>診察した医師の署名がない。</p>	<p>再診料</p> <p>てんかん指導料</p> <p>do</p> <p>再診料</p> <p>診療計画・指導内容の要点がカルテに記載されていない。</p> <p>処方内容について具体的な記載がない。</p>

(2) 診療報酬の請求について

医学管理等・在宅療養指導管理料

- 療養上の管理内容の要点が診療録に記載されていないにも関わらず算定した。
- 傷病名から「自動算定」を行っている。

- 医学管理等、在宅療養指導管理料は、医師による「指導・管理」そのものに対する評価である。
- 項目ごとに、具体的な算定要件が定められている。医学的管理や療養指導を適切に行った上で、算定要件として定められた指導の内容の要点等を診療録に必ず記載する必要がある。
- 医師の指示で算定するものとし、医事課部門のみの判断で一律請求を行わないこと。

特定疾患療養管理料（具体性に欠ける記載例）

既往症・原因・主要症状、経過等	処方・手術・処置等
H30.9.12 BP140/80 このまま投薬を継続する 特定疾患療養管理	Rp) オルメテック(20mg)1錠 分1 朝食後 28日分
H30.10.10 BP136/82 階段昇降時に動悸(+) ECG実施 NP ホルター心電図実施 特定疾患療養管理	Rp) オルメテック(20mg)1錠 分1 朝食後 28日分

単に特定疾患療養管理とあるだけで、指導の具体性に欠ける記載

特定疾患療養管理料(具体的な記載例)

既往症・原因・主要症状、経過等	処方・手術・処置等
<p>H30.9.12 BP160/80 他所見は異常なし このまま投薬を継続する</p> <p>特定疾患療養管理 減塩目標6g 未満が守られていないので指導</p>	<p>Rp) オルメテック(20mg)1錠 分1 朝食後 28日分</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>具体的な指導内容を記載する。画一的にならないように注意。</p> </div>
<p>H30.10.10 BP140/80</p> <p>特定疾患療養管理 夜間に野外で作業する場合の 諸注意について指導</p>	<p>Rp) オルメテック(20mg)1錠 分1 朝食後 28日分</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>主病を中心とした療養上必要な管理が行われ、治療が行われていることが要件。</p> </div>

在宅患者訪問診療料

- 1 訪問診療を行うことについて、患者(その家族等)の署名付きの同意書を作成し、診療録へ添付する。
- 2 訪問診療の計画及び診療内容の要点を診療録に記載する。
- 3 診療時間(開始時刻及び終了時刻)及び診療場所を診療録に記載する。

【記載例】



既往症・原因・主要症状、経過等	処方等
<p>H30.10.11 訪問診療 時間:9:00 ~ 9:45 場所:患者宅(施設名など)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>計画及び診療内容の要点記載</p> </div>	

在宅時医学総合管理料

在宅での療養を行っている患者に対するかかりつけ医機能の確立及び在宅療養の推進への評価。

(在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院)

- 個別の患者ごとの総合的な在宅療養計画の作成、定期的な訪問診療、総合的な医学管理がなされていることが必要。
- 特定疾患療養管理料、生活習慣病管理料、在宅寝たきり患者処置指導管理料等の管理料及び創傷処置、喀痰吸引、皮膚科軟膏処置、膀胱洗浄等の処置料は、所定点数に含まれ算定できない。

(3) その他の事項

1) 一般的な届出関係

- 保険医の異動届が提出されていない。
- 施設基準の届出後、基準を満たせなくなったものが請求されている。

適正な手続きの確保（第2条の3）

保険医療機関は、その担当する療養の給付に関し、厚生労働大臣又は地方厚生(支)局に対する申請、届出、療養の給付に関する費用の請求に係わる手続きを適正に行わなければならない。

- 施設基準の届出
- 保険医の都道府県をこえての異動(保険医の届出)
- 保険医療機関の申請事項の変更
 - ・名称の変更
 - ・代表者、管理者の変更
 - ・保険医の異動、退職
 - ・その他(診療科目、診療時間 他)

2) 一部負担金の受領(5条)

- 一部負担金を受領していない、又は減免、免除している例が見られる。

■ 療養担当規則の規定により、患者から受領する費用の範囲が以下のとおり定められている。これらの費用は、原則的にすべての患者から徴収する必要があり、特定の患者(職員、職員家族等)に対し、減免等の措置を取ってはならない。

- ① 患者一部負担金
- ② 入院時食事療養費・入院時生活療養費の標準負担額
- ③ 保険外併用療養費における自費負担額
- ④ 人工腎臓を実施した患者について、療養の一環として行われた食事以外の食事の実費
- ⑤ 療養の給付と直接関係ないサービス等の実費

3) 領収証及び明細書の交付について

5条の2

■保険医療機関に交付が義務付けられる領収証は、点数表の各部単位で、金額の内訳の分かるものとされている。

■領収証の交付に当たっては、計算の基礎となった算定項目ごとに記載した明細書を交付しなければならない。

■レセプト電子請求が義務付けられている保険医療機関(正当な理由に該当する診療所を除く)は、明細書を無償で交付しなければならない。

3) 領収証及び明細書の交付について

明細書無償交付義務が免除される診療所

■正当な理由に該当する診療所(報告義務あり)

1 明細書発行機能が付与されていないレセプトコンピュータを使用している場合

2 自動入金機を使用しており、自動入金機で明細書発行を行おうとした場合に、自動入金機の改修が必要な場合

※ 上記に該当し、全患者への明細書無償交付を免除されている診療所であっても、個別に患者から求めがあった場合は、明細書を作成し、交付しなければならない。

4) 医療連携(医療機能分化)関連

(療養担当規則 医療機関)

■ 診療に関する照会(2条の2)

保険医療機関は、その担当した療養の給付に係る患者の疾病又は負傷に関し、他の保険医療機関から照会があった場合には、これに適切に対応しなければならない。

4) 医療連携(医療機能分化)関連

(療養担当規則 医療機関)

■ 要介護被保険者等の確認(3条の2)

保険医療機関は、患者に対し、訪問介護、訪問リハビリテーションその他の介護保険法第8条第1項に規定する居宅サービス又は同法に規定する介護予防サービスに相当する療養の給付を行うに当たっては、同法に規定する被保険者証の提示を求めるなどにより、

当該患者が同法に規定する要介護被保険者であるか否かの確認を行うものとする。

4) 医療連携(医療機能分化)関連

(療養担当規則 医療機関)

■一部負担金等の受領(5条3項)

地域医療支援病院(400床以上)及び特定機能病院であるものは、医療法に規定する保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携のための措置として次に掲げる措置を講ずるものとする。

- 一 患者の病状その他の患者の事情に応じた適切な他の保険医療機関を患者に紹介する。
- 二 選定療養に関し、当該療養に要する費用の範囲内において厚生労働大臣の定める金額以上の金額の支払いを求めること。

4) 医療連携(医療機能分化)関連

(療養担当規則 医療機関)

■指定訪問看護の事業の説明(7条)

保険医療機関は、患者が指定訪問看護事業者から指定訪問看護を受ける必要があると認めた場合には、当該患者に関してその利用手続き、提供方法及び内容等につき十分説明を行うよう努めなければならない。

4) 医療連携(医療機能分化)関連

(療養担当規則 医師)

■診療に関する照会(16条の2)

保険医は、その診療した患者の疾病又は負傷に関し、他の保険医療機関又は保険医から照会があった場合には、これに適切に対応しなければならない。

■処方箋の交付(23条2項)

保険医はその交付した処方箋に関し、保険薬剤師から疑義の照会があった場合には、これに適切に対応しなければならない。

4) 医療連携(医療機能分化)関連

(療養担当規則 医師)

■指定訪問看護事業との関係(19条の4)

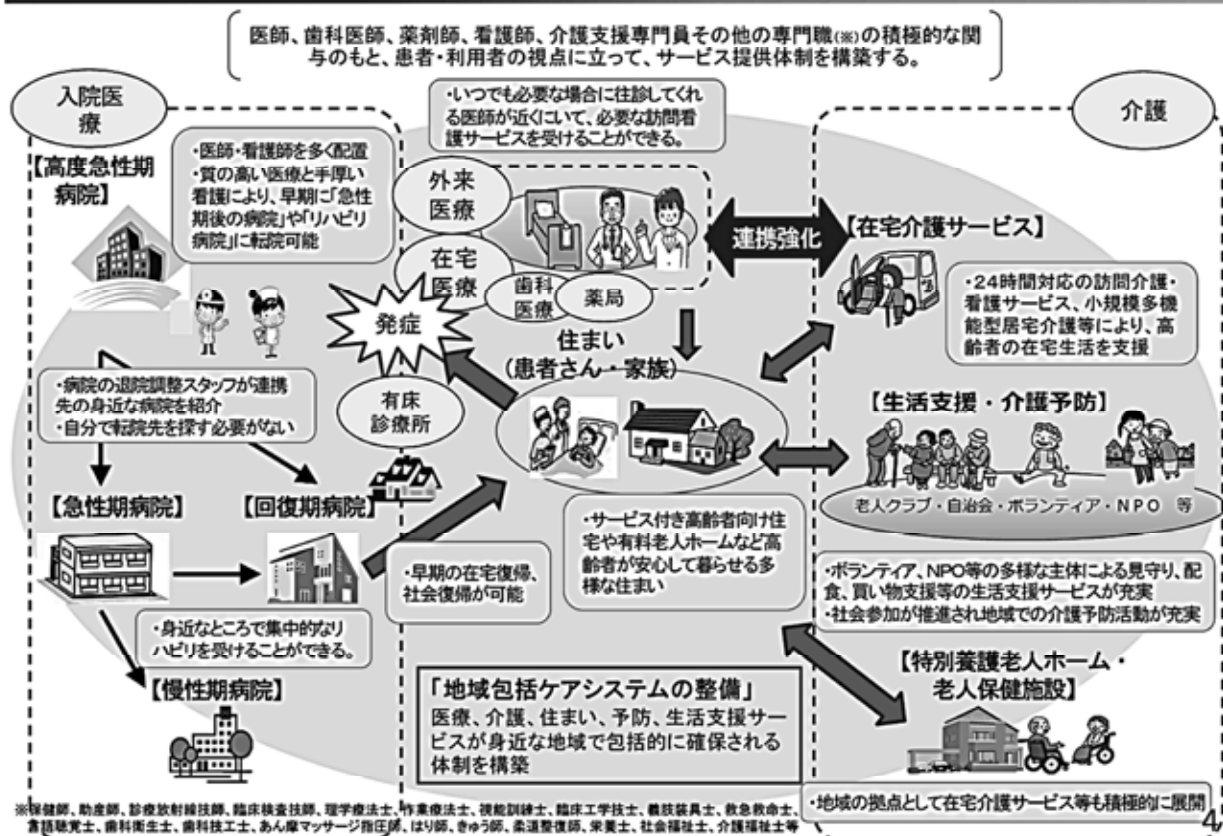
保険医は、患者から訪問看護指示書の交付を求められ、その必要があると認めた場合には、速やかに、当該患者の選定する訪問看護ステーションに交付しなければならない。

訪問看護ステーション及びその従事者からの相談に際しては、訪問看護を受ける者の療養上必要な事項について適切な注意および指導を行わなければならない。

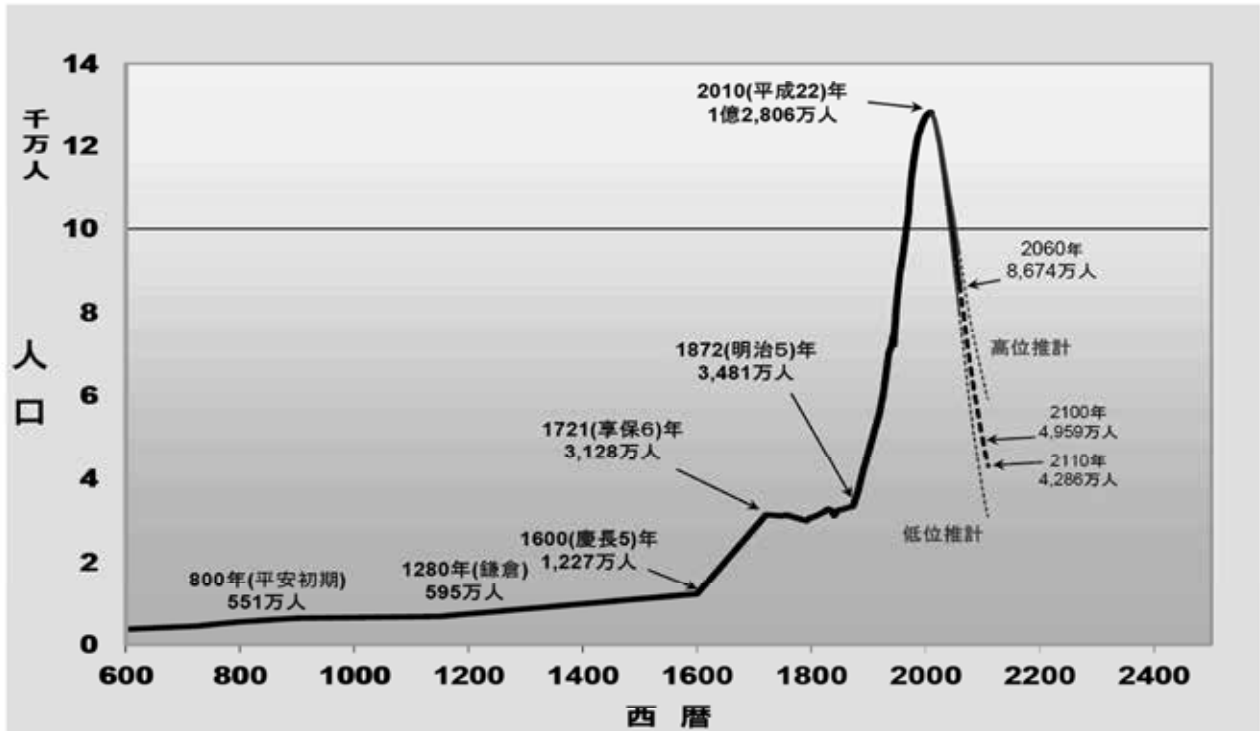
背景にある考え方

医療機能の分化 と 地域包括ケアシステムの構築

改革後の姿



日本人口の歴史的推移



資料: 国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集」(1846年までは鬼頭宏「人口から読む日本の歴史」、1847～1870年は森田優三「人口増加の分析」、1872～1919年は内閣統計局「明治五年以降我国の人口」、1920～2010年総務省統計局「国勢調査」「推計人口」) 2011～2110年国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成24年1月推計(死亡中位推計))。

ご清聴ありがとうございました。

2. 公費負担医療（東京都医療費助成制度等） の取扱い上の留意点について

※「公費負担医療の手引（令和元年9月）」（別冊）参照

3. 診療報酬請求書等の提出上の留意点について

- ① 社会保険関係（明細書提出上の留意点及び資格関係について）

1 保険者等より返戻された紙レセプトを一部訂正して再請求する場合の留意点について

返戻された場合の再請求については、新たに紙レセプト又は電子レセプトを作成して請求するのではなく、返戻された紙レセプト又は再請求の記録条件使用に基づき作成された電子レセプトを用いて訂正の上、ご請求願います。

【留意点】

- 注1 保険者番号を追記又は訂正する場合の、被保険者証等の記号・番号の追記・訂正もれ
- 注2 誤り箇所の抹消もれ（訂正印は不要）
- 注3 実日数及び請求点数欄の追記・訂正もれ

例1：医療保険(家族)と生活保護の併用から医療保険(家族)単独に訂正する場合

カルテ番号等：00000000G00000000000 受付番号：0106-00,000,000 000000-00-0000 ページ番号：000,000-000
 レセプト 検索：9100000000

診療報酬明細書 (医療入院分) 公費負担者番号及び受給者番号を抹消願います。 番号：13 「22併用」を「1単独」に訂正願います。 1社保 1単独 22併用 6家族

公費の	1213****	公費の	1234567	保険者番号	0613****	給付割合	
公費の		公費の		記号・番号	123		
					4567		

(中略)

公費の実日数を抹消願います。

診療報酬	1,000	1,000	点	一部負担金額		円
の	1,000	1,000	点		2,000	円
の			点			円
の			点			円

公費に係る請求点数及び一部負担金を抹消願います。

公費	4日	日
の	4日	日
の		日

1 保険者等より返戻された紙レセプトを一部訂正して再請求する場合の留意点について

例2: 医療保険単独の保険者番号及び記号番号を訂正する場合

カルテ番号等: 00000000G000000000000 受付番号: 0-00-0000 ページ番号: 000,000-000
 レセプト番号: 000,000 任給①: 任給②: 医療保険の保険者番号を訂正願います。 提出先: 1社保 検索: 910000000

診療報酬明細書 令和 1 年 5 月分 (医科入院外)

1医科	1社保	1単独	6家族
-----	-----	-----	-----

保険者番号 06139999 給付割合 0118++++

記号・番号 128 4667 888・9999

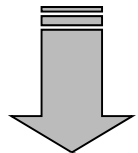
(中略)

医療保険の記号・番号を訂正願います。

診療	4日
調剤	日
検査	日
入院	日

請求	1,000 点	※決定	1,000 点	一部負担金額	円
給付	点	点	点	円	
付	点	点	点	円	※県民健康保険 円 ※公費負担の率① 点 ※公費負担の率② 点

【2枚目以降の続紙がある場合】※1枚目と同様に続紙分についても訂正願います。



カルテ番号等: 00000000G000000000000 受付番号: 0106-00,000,000 000000-00-0000 ページ番号: 000,000-000
 レセプト番号: 000,000 任給①: 任給②: 円/1点 証明書番号: 提出先: 1社保 検索: 910000000

診療報酬明細書 令和 1 年 5 月分 県番: 13 医科: 00000000 1116 医科・社保・1単・家外

氏名: ○○ ○○ 公費①【 06139999 保険【0118++++】 記号番号【128 4667】

医療保険の保険者番号を訂正願います。

(中略)

医療保険の記号・番号を訂正願います。

1 保険者等より返戻された紙レセプトを一部訂正して再請求する場合の留意点について

診療報酬等請求書の留意事項

※請求書については、次の事例にご留意願います。

1. 医保と公費の併用分の記載誤り

医保本人と公費の併用				請求書1枚目			
医保 単独 (本人)	01	(協会)	1	1	500		
	02	(船) 職務上 職務外					
	03	(日)					
	04	(日特)					
	31~34 (共)	下船3月 一般					
	08	(組)	1	1	500		
	07	(自)					
	83・72~75 (退)						
小計							

「医保と公費の併用」欄に記載する。誤って、「医保単独」欄に記載している場合があるので留意する。

2. 「小計」欄の記載誤り

医保本人と公費の併用				請求書1枚目			
医保 単独 (本人)	01	(協会)	1	1	500		
	02	(船) 職務上 職務外					
	03	(日)					
	04	(日特)					
	31~34 (共)	下船3月 一般					
	06	(組)	2	2	2000		
	07	(自)					
	83・72~75 (退)						
小計			3	3	2500		

「医保と公費の併用」分を小計に計上している。※小計については、「医保単独分」の合計となります。

小計			2	2	2000		
----	--	--	---	---	------	--	--

3. 公費と公費の併用分の記載誤り

公費と公費の併用				請求書2枚目			
公費 と 公費 の 併用	12 (生保)						
	10 (感染症37の2)						
	21		1		1000		
	12		1		500		
公費 単独	12 (生保)		1		500		
	11 (結核入院)						
	20 (精神29)						
	21		1		1000		

「公費と公費の併用」分を「公費単独」欄に、誤って記載している場合があるので留意する。

3 高齢受給者に係る診療報酬明細書の「特記事項」欄の記載について

「健康保険法施行令等の一部を改正する政令」(平成30年政令第210号)が平成30年7月13日に公布され、平成30年8月1日から施行されております。この改正に伴い、同日付け保医発0713第1号をもって、「診療報酬明細書等の記載要領等について(昭和51年8月7日保発第82号)」等も一部改正され、平成30年8月1日から適用となりました。

これにより、「70歳以上の患者については、診療報酬明細書等における「特記事項」欄の略号又は「特記」欄の略称を記載することとなりました。

【例】 70歳以上の高齢受給者(現役並み)において、限度額適用認定証(適用区分が(現役並みⅡ又は現役Ⅱ))が提示された場合

カルテ番号等：00000000G00000000000 受付番号：0106-00,000,000 000000-00-0000 ページ番号：000,000-000			
レセプト番号：000,000 任給①： 任給②： 円/1点 証明書番号： 提出先：1社保 検索：910000000			
診療報酬明細書 (医科入院外)		令和1年5月分	県番：13 医コ：0000000
		1医科	1社保
		1単独	0高7
公費①		公費②	給付割合
公費③		公費④	
氏名		東京都〇〇区〇〇 1-1-1	
2女 38昭和〇.〇.〇生		〇〇医院 TEL03-0000-0000	
勤務上の事由		(中略)	
特記事項		27区イ	
70歳以上の患者については、「特記事項」欄の記載をお願いします。		【高齢受給者】 「7高入1」 「8高外1」 「9高入7」 「0高外7」	
診療	請	定	一部負担金額
の		点	円
結		点	円
付		点	円
		※高額療養費	※公費負担点数①
		円	点
		点	点

4 返戻明細書等に添付された各種帳票の取扱いについて(お願い)

紙レセプトに添付している各種付せんは、次のとおり取扱われますようお願いいたします。

①添付したまま請求する付せん等 (レセプトに添付したまま再請求願います。)

《再審査等請求内訳書(その1)・(その2)》

紙レセプトの場合 サイズB5

《事務用返戻付せん》

紙レセプトの場合 サイズA6

《審査委員会用返戻付せん》

紙レセプトの場合 サイズA6

《再審査等請求内訳書(その1)・(その2)》

電子レセプトから出力した
紙レセプトの場合 サイズA4

《事務用返戻付せん》

電子レセプトから出力した
紙レセプトの場合 サイズA5

4 返戻明細書等に添付された各種帳票の取扱いについて(お願い)

医療機関で保管する付せん等 ※レセプトからはずして保管願います。

《「増減点連絡書」・「返戻内訳書」》

医療機関の控えとなりますので、レセプトから外して大切に保管願います。

サイズA4

《「再審査等支払調整額通知票」・「突合点検調整額通知票」(医療機関)》

医療機関の控えとなりますので、レセプトから外して大切に保管願います。

サイズA4

突合点検結果連絡書(兼 処方せん内容不一致連絡書)

- ・ 突合点検による査定内容について、毎月の増減点連絡書等と併せてお知らせする帳票です。
- ・ 「請求内容」欄の医薬品に関して処方せんの内容(ジェネリック医薬品への変更を除く。)と相違している場合は、「請求内容」欄の該当する医薬品を○で囲み、「処方せん内容不一致連絡書」として、当該連絡書の届いた月の18日(必着)までに支払基金へ申出をお願いいたします。

サイズA4

5 突合点検・突合再審査について

突合点検

支払基金では、平成24年3月審査分から、電子レセプトで請求された同一患者に係る同一診療（調剤）月において、医科レセプト又は歯科レセプトと調剤レセプトの組合せを対象とし、医科レセプト又は歯科レセプトに記載された傷病名と調剤レセプトに記載された医薬品の適応、投与量及び投与日数の点検を行い審査委員会で審査決定します。

突合再審査

保険者が医科レセプト又は歯科レセプトと調剤レセプトを突合点検した結果、「保険医療機関が発行した処方せんの内容」又は「保険薬局の調剤」が不適切と考えられる場合の再審査請求を「調剤審査」と称しておりましたが、突合点検の実施に伴い平成24年3月審査分から「突合再審査」としています。また、保険医療機関からの突合点検による審査結果に対する再審査請求も「突合再審査」としています。

保険者又は保険医療機関から突合再審査の申し出があり、審査の結果、査定に伴う責別確認を、原審査段階で行う突合点検と同様の処理方法で実施します。

●保険医療機関及び保険薬局への支払

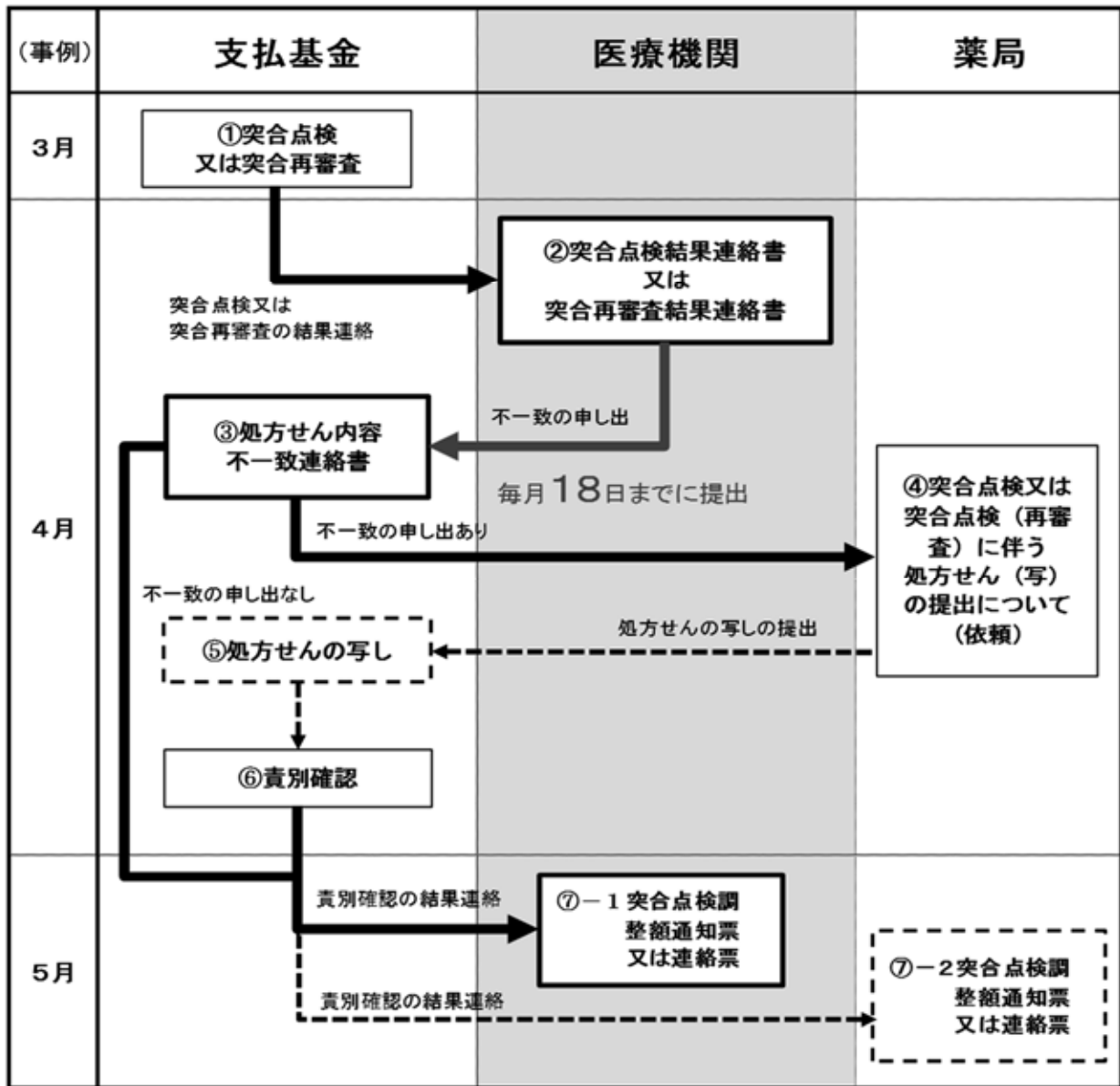
突合点検による査定による減額分は、当月請求分に係る支払額から調整を行わずに、診療報酬及び調剤報酬を支払います。

突合点検の査定に係る支払額については、突合点検の査定結果を保険医療機関に連絡し、保険医療機関から、処方せんの内容と不一致である場合、その申し出を受けて保険薬局から処方せんの写しを取り寄せます。

保険医療機関の処方せんの内容が不適切であったことによるものか、又は、処方せんの内容と異なる調剤を保険薬局が行ったことによるものかを確認（以下、「責別確認」といいます。）した上で、原則、請求翌々月に支払額を保険医療機関又は保険薬局から調整します。

5 突合点検・突合再審査について

突合点検・突合再審査に係る責別確認の流れ



・保険医療機関へは、突合点検又は突合再審査の結果連絡を、毎月の増減点連絡書等と併せてお知らせいたします。

・保険医療機関は、「突合点検結果連絡書」又は「突合再審査結果連絡書」の「請求内容」欄等の医薬品又は調剤技術料等に関して、交付した処方せんの内容と相違している場合（ジェネリック医薬品への変更を除く。）は、「突合点検結果連絡書」又は「突合再審査結果連絡書」の「請求内容」欄の該当する医薬品等を○で囲み、「処方せん内容不一致連絡書」として支払基金東京支部あて郵送により、「突合点検結果連絡書」又は「突合再審査結果連絡書」の届いた月の18日（必着）までに申し出します。

・申し出期限までに「処方せん内容不一致連絡書」による申し出がない場合は、突合点検による査定額を、原則、レセプト請求月の翌月請求分に係る保険医療機関の支払額から調整します。
また、突合再審査による査定額を「突合再審査結果連絡書」を送付した月の翌月の保険医療機関の支払額から調整します。

5 突合点検・突合再審査について

突合点検・突合再審査に係る関係帳票(医療機関)

●突合点検結果連絡書(兼 処方せん内容不一致連絡書)

(当該事例は、突合点検によりA剤10錠をO錠に査定した場合)

この帳票は、「突合点検・突合再審査に係る責別確認の流れ」の②及び③の連絡書に該当します。

【参考】突合点検結果連絡書(兼 処方せん内容不一致連絡書)

(様式第120号の1)

医療機関コード
医療機関名

令和 年 月 分 突 合 点 検 結 果 通 知 書
(兼 処方せん内容不一致連絡書)

ページ

診療年月 受付番号 レセプト番号 診療科	保険者 番号等	区分 氏名 カルテ番号	調剤金額		増減点額(金額)		事由	処方 月日 調剤 月日	負担 割合	請求内容	負担 割合	補正・査定後内容	請求コード	
			法別 金額	法別 金額	法別 点額 (金額)	法別 点額 (金額)								
1234-56,789,100 000,005	004****	本邦 基金 一部 12345678901234567890	0.6	-3700	0.6	-100	A	0412 0412	1	A錠 100mg 10錠 O錠 100mg 0錠 20×10 調剤料 200		O錠 100mg 0錠 10×10 調剤料 100	東京部 0070540 支払基金 09-1234-5678	
<p>突合点検結果連絡書(兼 処方せん内容不一致連絡書)</p> <p>突合点検による査定内容について、お知らせする帳票です。 レセプト請求月の「増減点連絡書」等の発送に併せて送付します。</p> <p>「請求内容」欄の医薬品又は調剤技術料等に関して、交付した処方せんの内容と相違している場合(ジェネリック医薬品への変更を除く。)は、「請求内容」欄の該当する医薬品等を○で囲み、「処方せん内容不一致連絡書」として保険医療機関の所在地の支払基金支部あて郵送により、「突合点検結果連絡書」の届いた月の18日(必着)までに申し出をお願いします。</p>														
<p>平成31年2月送付分より文言を印字しております。 なお、電子レセプトにて処理した場合の帳票には上欄に印字されております。</p>														
注 保険者番号等欄の「42・13・6010」は、70歳以上の高齢者に係る一部負担金等の軽減特別措置の金額を表示しています。												合計調剤金額		-3700

【突合点検結果について】

- ・ 病院から請求されたレセプトと処方箋に基づく調剤レセプトを照合して点検した結果、審査委員会において上記のとおり決定いたしました。
- ・ 「請求内容」欄の医薬品等が病院発行の処方箋の内容(ジェネリック医薬品への変更を除く。)と相違している場合は、該当医薬品等に「O」印を付し、毎月10日(土曜日、日曜日、祝日の場合は翌平日)必着で支払基金に送付いたします。
- ・ ご連絡いただきました事項については、保険薬局から処方箋(写)を取り寄せ、内容を確認の上、突合点検による査定額の調剤費(病院又は保険薬局)を決定させていただきます。
- ・ 申出のない査定分につきましては、翌月の支払時に病院の診療報酬から調剤させていただきます。

サイズ: A4(210×297)

5 突合点検・突合再審査について

【事例1】突合点検調整額通知票(医療機関)(機械様式第120号の3)

●保険医療機関から「処方せん内容不一致連絡書」による申し出がなく、査定分に係る費用を保険医療機関から調整した場合

この帳票は、「突合点検・突合再審査に係る責別確認の流れ」の⑦-1の通知票に該当します。

診療年月 区分	保険者番号 (請求者) 受給者番号 主保険者	患者氏名 生年月日 整理番号	調整金額 日数 点数 一部負担金	調整支助額 日数 基率額 標準負担額	増減点 (番号)、項目、事由	増減点内容	備考
2609 本外	0613****	基金 太郎 555. 9. 20 123456789	-2,100 -300			【薬務コード】78-54321 【所在地】〇〇〇 【名 稱】〇〇〇薬局 -300 21 A 〇〇錠 2錠 30×10 → 0	K
<p>突合点検調整額通知票(医療機関)(機械様式第120号の3)</p> <p>突合点検等に係る査定内容について、保険医療機関から「処方せん内容不一致連絡書」による申し出がなく、査定分に係る費用を保険医療機関の支払額から調整した場合に通知する帳票です。レセプト請求月の翌月請求分に係る「増減点連絡書」等の発送に併せて送付します。</p> <p>申し出期限までに「処方せん内容不一致連絡書」による申し出がない場合、突合点検による査定額を、原則、レセプト請求月の翌月請求分に係る保険医療機関の支払額から調整します。</p>							
件数	合計調整金額	合計調整支助金額	備考欄の英数字は以下のとおりです。 1: 保険者「42-13-6010」は、70歳代前半の被保険者等に係る一部負担金等の軽減特別措置の金額を表示しています。 K: 既レセプトにより再審査請求されたものです。				
2	-3,864	0					

サイズ: A4 (210 × 297)

【事例2】突合点検調整額通知票(医療機関)(機械様式第120号の5)

●保険医療機関から「処方せん内容不一致連絡書」による申し出があり、処方せんの写しにより責別確認した結果、査定分に係る費用を保険医療機関から調整した場合

この帳票は、「突合点検・突合再審査に係る責別確認の流れ」の⑦-1の通知票に該当します。

診療年月 区分	保険者番号 (請求者) 受給者番号 主保険者	患者氏名 生年月日 整理番号	調整金額 日数 点数 一部負担金	調整支助額 日数 基率額 標準負担額	増減点 (番号)、項目、事由	増減点内容	備考
2609 本外	0613****	基金 太郎 555. 9. 20 123456789	-2,100 -300			【薬務コード】78-54321 【所在地】〇〇〇 【名 稱】〇〇〇薬局 -300 21 A 〇〇錠 2錠 30×10 → 0	K
<p>突合点検調整額通知票(医療機関)(機械様式第120号の5)</p> <p>突合点検等に係る査定内容について、保険医療機関から「処方せん内容不一致連絡書」による申し出があり、処方せんの写しを確認した結果、査定分に係る費用を保険医療機関の支払額から調整した場合に通知する帳票です。原則、レセプト請求月の翌月請求分に係る「増減点連絡書」等の発送に併せて送付します。なお、保険薬局からの処方せんの写しの到着日によっては、その1か月後となる場合があります。</p>							
件数	合計調整金額	合計調整支助金額	備考欄の英数字は以下のとおりです。 1: 保険者「42-13-6010」は、70歳代前半の被保険者等に係る一部負担金等の軽減特別措置の金額を表示しています。 K: 既レセプトにより再審査請求されたものです。				
2	-3,864	0					

サイズ: A4 (210 × 297)

5 突合点検・突合再審査について

【事例3】突合点検調整額連絡票(医療機関)(機械様式第120号の8)

● 保険医療機関から「処方せん内容不一致連絡書」による申し出があり、処方せんの写しにより責別確認した結果、査定分に係る費用を保険薬局から調整した場合

この帳票は、「突合点検・突合再審査に係る責別確認の流れ」の⑦-1の連絡票に該当します。

請求年月区分		保険者番号 (請求者) 受給者番号 主保険者	患者氏名 生年月日 整理番号	調整金額 日数 点数 一部負担金	調整金額 回数 品字額 標準負担額	増減点 (番号)、項目、事由	増減点内容	備考
2609 本外	0613****	基金 太郎 555, 9, 20 123456789		-2,100 -300			【薬用コード】78-54321 【所在地】〇〇〇 【名称】〇〇〇薬局	K
				-300		〇〇錠 2錠 30×10 → 0		
<p>突合点検調整額連絡票(医療機関)(機械様式第120号の8)</p> <p>突合点検等に係る査定内容について、保険医療機関から「処方せん内容不一致連絡書」による申し出があり、処方せんの写しを確認した結果、査定分に係る費用を保険薬局の支払額から調整した場合に連絡する帳票です。</p> <p>原則、レセプト請求月の翌月請求月に係る「増減点連絡書」等の発送に併せて送付します。</p> <p>なお、保険薬局からの処方せんの写しの到着日によっては、その1か月後となる場合があります。</p> <p>処方せんの内容と異なる調剤を保険薬局が行っている場合、及び「処方せん(写)提出依頼書」を送付した月の末日までに処方せんの写しの提出が得られなかった場合は、突合点検による査定額を、原則、レセプト請求月の翌月請求月に係る保険薬局の支払額から調整します。</p>								
件数	合計調整金額	合計調整支払金額	備考欄の英数字は以下のとおりです。					
2	-3,864	0	I: 保険者「42-13-6010」は、70歳代前半の被保険者等に係る一部負担金等の軽減特別措置の金額を表示しています。 K: 紙レセプトにより再審査されたものです。					

サイズ: A4(210×297)

責別確認の結果通知票・連絡票

- 責別確認の結果、突合点検による査定額が、**保険医療機関から調整される場合は、保険医療機関へは、「突合点検調整額通知票」**が送付されます。

なお、この場合、保険薬局へは、「突合点検調整額連絡票」が送付されます。

- 責別確認の結果、突合点検による査定額が、**保険薬局から調整される場合は、保険医療機関へは、「突合点検調整額連絡票」**が送付されます。

なお、この場合、保険薬局へは、「突合点検調整額通知票」が送付されます。

6 請求支払に関するQ&A

Q 1 入院中の患者が、月の途中で国保から社会保険に切り替わった場合の記載方法はどのようになるか。 ①入院年月日 ②診療開始日 ③入院基本料

A 1 回答は以下の通りです。

- ①入院年月日は、保険種別等の変更の如何を問わず当該医療機関における入院基本料の起算日としての入院年月日であり、国保で入院した日を記載願います。
- ②診療開始日は、新資格となった日となり、社会保険に切り替わった日を記載願います。
なお、摘要欄にその旨（国保から社会保険に変更など）を記載願います。
- ③入院基本料の起算日は、前の資格で入院した日、すなわち国保で入院した日を記載願います。

Q 2 受診中の患者の保険証が月の途中で変更となった場合、レセプトの提出方法はどのようになるのか。

A 2 回答は以下の通りです。

【保険者番号が異なる場合】

保険者番号の変更があった場合又は本人・家族等の種別の変更があった場合は、保険者番号ごとに、それぞれ別のレセプトを作成し提出願います。高齢受給者証又は後期高齢者の被保険者証が月の途中で発行されること等により給付額を調整する必要がある場合又は公費負担者医療単独の場合において公費負担者番号若しくは公費負担者医療の受給者番号の変更があった場合も、同様となります。

なお、それぞれ別のレセプトを作成する場合は、変更後のレセプトの「摘要」欄にその旨を記載願います。

【保険者番号が同一の場合】

保険者番号が同一で記号・番号のみ変更となった場合は、変更後の記号・番号を記載し、1枚のレセプトで提出願います。

6 請求支払に関するQ&A

Q 3 保険医療機関における診療報酬請求権の時効については、民法で3年とされているが、支払基金の原審査の結果、診療報酬債権が減額された場合の時効は何年か。

A 3 支払基金の原審査の結果、診療報酬債権が減額された場合についても、診療報酬請求権と同様に3年間とされています。

なお、その起算日については、診療月の翌月1日とされています。

Q 4 法人代表者（理事長または代表取締役等）が変更になりますが、どのような手続きをすればよいか。

A 4 地方厚生（支）局への届出が必要となります。地方厚生（支）局への届出が受理后、支払基金に通知されます。

また、代表者変更に伴い、診療報酬等の振込銀行の名義変更を行った場合は、支払基金に「診療報酬等振込銀行（口座）変更届」の提出が必要となりますので、支払基金東京支部へ※お問い合わせ下さい。

※支払基金東京支部 会計課経理係
ダイヤルイン 03-3987-6191+(内線)2312・2313

7 オンライン請求システムによる 再審査等請求(再審査・取下げ依頼)について

○オンライン請求を実施している保険医療機関の再審査・取下げ依頼については、従来の紙の再審査等請求書を使用し、ご提出する方法以外に、オンライン請求システムから再審査等請求(再審査・取下げ依頼)を送信することが可能です。

ただし、前月までに請求・決定されたレセプトが対象となりますので、当月請求分については、従来どおり紙の再審査等請求書で提出願います。

オンライン請求システムによる再審査等請求の流れ

STEP1

初期設定

オンライン請求システムから、「医療機関等再審査請求ファイル作成ツール」をダウンロードして、パソコンにセットアップします。

STEP2

再審査等請求ファイルの作成

デスクトップ上の「医療機関再審査等請求ファイル作成ツール」アイコンから起動し、再審査等請求ファイルを作成します。



STEP3

再審査等請求ファイルの送信

送信する「再審査等請求ファイル」をWebサイトへ送信します。



STEP4

再審査・取下げ状況の確認

オンライン請求システムで登録した「再審査・取下げ状況」を画面上で確認できます。

8 オンライン請求システムによる振込額明細データについて

振込額明細データは、オンライン請求を行っている保険医療機関（医科・歯科）及び調剤薬局を対象に、オンライン請求システムで毎月の請求に対する支払額等の金額情報をデータ（CSV及びエクセルファイル）で提供しております。

なお、ダウンロード可能期間は、原則、請求月の翌月15日以降から3ヶ月間となります。

振込額明細データダウンロード

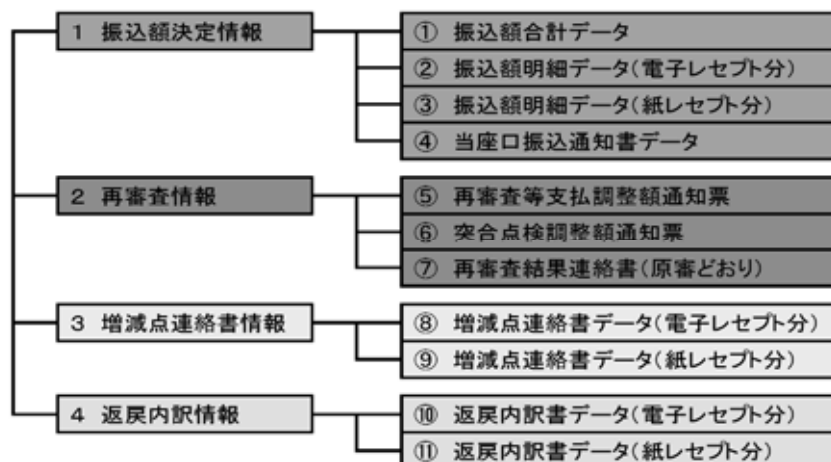
過去の月の振込額明細データのダウンロードができます。
振込額明細データのExcel版を作成する場合は作成ボタンをクリックして下さい。

振込額明細データ	処理年月	ダウンロード日	ダウンロード	
			CSVファイル	Excelファイル
1	平成00年4月	XXXX/5/20 12:00	ダウンロード	ダウンロード
2	平成00年6月	XXXX/4/20 12:00	ダウンロード	ダウンロード
3	平成00年2月	XXXX/3/20 12:00	ダウンロード	ダウンロード

ダウンロード日欄には、ダウンロードボタンをクリックした最新の日時が表示されます。

○振込額明細データの提供内容

以下の4情報11種類のデータ(CSV及びエクセルファイル)をオンラインで一括提供しています。



9 資格関係誤りレセプトの発生状況等について

平成30年度の保険者からの資格関係誤り返戻レセプトは25.3万件

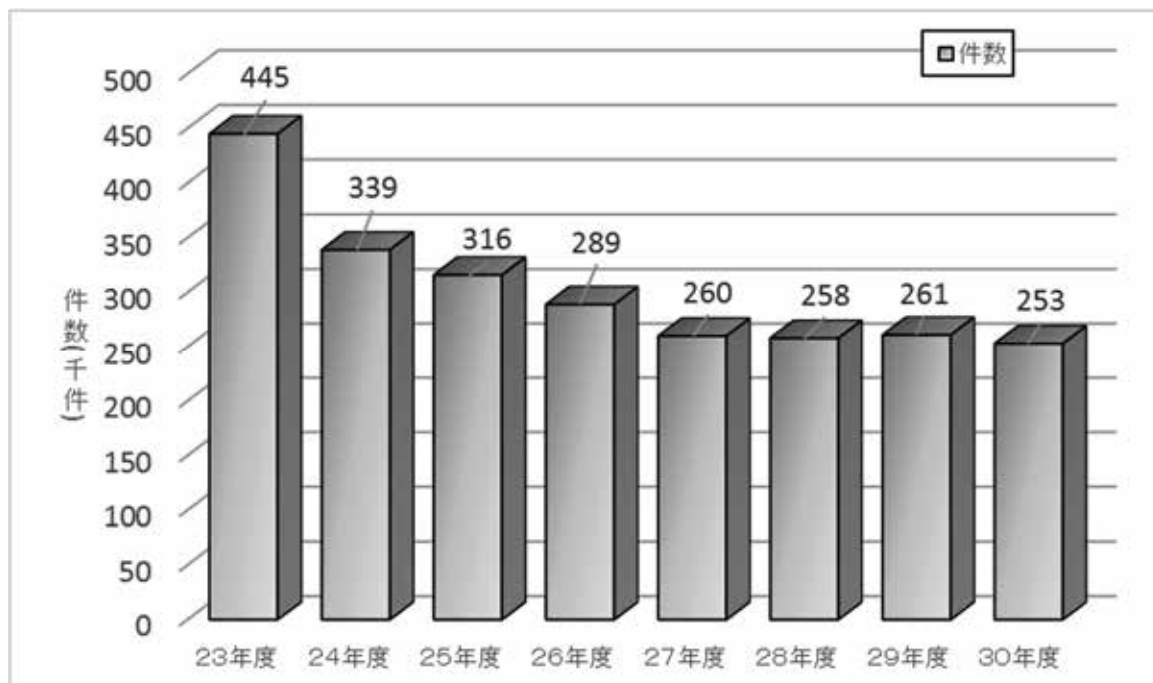
支払基金東京支部における平成30年度の資格関係誤りレセプトの発生状況は、件数が25.3万件となっております。

平成23年10月から始まった保険者による「オンラインによる請求前資格確認」の普及による効果もありますが、保険者等からの資格関係誤りに係る返戻は年々減少傾向にあります。

しかしながら、まだ相当数の資格関係誤りが発生しており、保険医療機関の診療報酬の支払遅延、保険者等における確認業務量が中々軽減しないなど、関係者の負担となっていることに変わりありません。

保険医療機関の皆様には、患者さんの被保険者証の確認とレセコンへの正確な入力をお願いいたします。

年度別発生状況



- ① 来院の際は、被保険者証の資格の確認をお願いします。
- ② 被保険者証からのカルテ等への転記あるいは入力にあたり、再度の確認をお願いいたします。特に、「レセプト種別及び本人・家族の記載誤り」について、ご留意願います。
- ③ 保険医療機関で発行する「処方せん」については、記載誤りにご留意願います。

3. 診療報酬請求書の提出上の留意点について

② レセプト電算処理システムに係る留意点について

1. レセプト電算処理システムに係る傷病名コードの記録について

傷病名コードの記録については、支払基金東京支部に請求された平成31年3月診療分の電子レセプトに記録されている傷病名レコードを調査したところ、医科で6,084,109件中418,769件（6.9%）に未コード化傷病名が含まれていました。

記載要領において、「傷病名については、原則として「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格について（平成30年4月27日付保発0427第10号）『別添3』に規定する傷病名を用いること。」とされており、この『別添3』というものは、「傷病名マスター」のことを指し、厚生労働省がそれぞれの傷病名についてコードを設定しているものです。

保険医療機関の皆様におかれましては、請求データを今一度ご確認いただき、傷病名コードと修飾語コード又は補足コメントの組み合わせにより記録できるものは、傷病名コードを使用してご請求いただきますようお願いいたします。（記録状態の確認については、レセコンメーカーのサポートが必要な場合もあります。）

傷病名レコードの記録方法

【傷病名レコードフォーマット】

項目	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
	レコード識別情報	傷病名コード	診療開始日	転帰区分	修飾語コード	傷病名称	主傷病	補足コメント
モード	英数	数字	数字	数字	英数	漢字	数字	漢字
最大 バイト数	2	7	7	1	80	40	2	40
項目形式	固定	固定	固定	固定	可変	可変	可変	可変
記録必須	※	※	※	※				

記録必須欄に※が表示されているものは、必ず記録が必要となる項目です。

【各レコード項目】

1 レコード識別情報

傷病名レコードを表す識別情報「SY」を記録します。

2 傷病名コード

- (1) 傷病名に対応する7桁の傷病名コードを記録します。（傷病名コードは傷病名マスターに収載されています。）
- (2) 傷病名コード又は傷病名コード・修飾語コード及び補足コメントを組み合わせても、該当する病名がない場合、未コード化傷病名コード「0000999」を記録します。

3 診療開始日

当該傷病に係る診療開始日を、年号区分コード+年月日6桁で記録します。

年号区分コード

コード名	コード	内 容
年号区分 コード	1	明 治
	2	大 正
	3	昭 和
	4	平 成
	5	令 和

例) 令和1年5月15日の場合、「5010515」と記録します。

4 転帰区分

当該傷病名に係る転帰区分コードを記録します。

転帰区分コード

コード名	コード	内 容
転帰区分コード	1	治ゆ、死亡、中止以外
	2	治ゆ
	3	死亡
	4	中止 (転医)

5 修飾語コード

- (1) 修飾語を使用する場合、4桁の修飾語コードを記録します。(修飾語コードは修飾語マスターに収載されています。)
- (2) 病名の前後にセットする順番に記録し、最大20個まで記録が可能です。
- (3) 傷病名コードに未コード化傷病名コード「0000999」を使用した場合は、記録しません。

6 傷病名称

- (1) 傷病名コードに未コード化傷病名コード「0000999」を使用する場合に記録します。
- (2) 一つの未コード化傷病名コード「0000999」コードに対し、1病名に限り記録します。

7 主傷病

当該傷病が主傷病である場合、主傷病コード「01」を記録します。

8 補足コメント

傷病名に対する補足コメントが必要な場合に記録します。

【傷病名レコード記録例】

(例) 未コード化傷病名コードを含む場合

事例		
傷病名	診療開始日	転帰
①右肩関節炎の疑い	令和1年 6月 7日	
②腎盂腎炎 (主)	令和1年 6月10日	
③心電図異常 (健診にて)	令和1年 6月12日	
④A病名	令和1年 6月14日	治ゆ
⑤B病名	令和1年 6月14日	治ゆ

※ レセプトの表示順と同一です。

● CSVの記録

SY, 7262006, 5010607, 1, 20568002, ,,

SY, 5908007, 5010610, 1, ,, 01,

SY, 8835114, 5010612, 1, ,, , 健診にて

SY, 0000999, 5010614, 2, ,, A病名,,

SY, 0000999, 5010614, 2, ,, B病名,,

※1 A病名とB病名は、診療開始日が同日(令和1年6月14日)であっても、それぞれ1傷病ずつ、「SY」から記録します。

この場合、レセプトについても1傷病名ずつ印字します。

※2 傷病名は診療開始日の順で記録します。

2. 傷病名マスターの傷病名を含む未コード化傷病名レコードの記録方法

未コード化傷病名コード（0000999）を用いてワープロ入力されている傷病名について、傷病名コードと修飾語コードの組合わせで次のように記録します。

1 凡例

使用する各記号は以下のとおりです。

- @…傷病名マスターに収載されている傷病名
- #…修飾語マスターに収載されている修飾語
- \$…区切り文字

2 記録方法

(1) 1 傷病名レコードに複数の傷病名 (@) が記録されている場合

記録内容については、以下の通りです。

ア 記録された傷病名がいずれも傷病名マスターに収載されている傷病名である場合

傷病名は、1レコードに1傷病名のみ記録します。

(例) 高脂血症 . 脂肪肝
 @ \$ @

傷病名コード	修飾語コード	補足コメント	傷病名表示イメージ
2724007			高脂血症
5718008			脂肪肝

イ 傷病名を修飾語として使用する場合

補足コメント欄を使用して記録します。

記録した補足コメントは、病名の後に括弧を付して印字されます。

(例) 心筋梗塞 後 狭心症
 @ # @

「心筋梗塞」及び「狭心症」はいずれも傷病名マスターに収載されている傷病名ですが、「心筋梗塞後」は「狭心症」に対する修飾語であり、修飾語マスターに存在しない修飾語であることから、「狭心症」を傷病名コード（4139007）により記録し、補足コメント欄に「心筋梗塞後」と記録します。

傷病名コード	修飾語コード	補足コメント	傷病名表示イメージ
4139007		心筋梗塞後	狭心症（心筋梗塞後）

(2) 傷病名マスターに収録されている傷病名と修飾語マスターに収録されている修飾語（「@」と「#」）で記録されている場合

傷病名コードと修飾語コードにより記録します。

(例) 糖尿病 境界域
@ #

「境界域(5043)」は修飾語コードにより記録します。

傷病名コード	修飾語コード	補足コメント	傷病名表示イメージ
2500013	5043		境界域糖尿病

※ 修飾語マスターにおいては、修飾語が付される位置が以下のとおり規定されていることから、未コード化傷病名で記録された順序どおりに表現されない場合があります。

- ・ 修飾語コードの上1桁が「8」以外 傷病名の前に付す。
- ・ 修飾語コードの上1桁が「8」 傷病名の後に付す。

(3) 区切り文字（\$）が記録されている場合

ア 区切り文字を表現したい場合

傷病名部分は傷病名コードにより記録し、区切り文字を含む修飾語部分を補足コメント欄に記録します。

(例) 軀幹 四肢 湿疹
\$ # @

傷病名コード	修飾語コード	補足コメント	傷病名表示イメージ
6923002		軀幹、四肢	湿疹（軀幹、四肢）

イ 区切り文字を表現する必要がない場合

傷病名部分は傷病名コードにより記録し、修飾語部分は修飾語コードにより記録します。

(例) 軀幹 四肢 湿疹
\$ # @

修飾語コード（軀幹（1018）と四肢（1041））により記録した場合

傷病名コード	修飾語コード	補足コメント	傷病名表示イメージ
6923002	10181041		軀幹四肢湿疹

※ 修飾語コードは、最大20個の修飾語が記録可能です。

(4) 修飾語マスターに収載されていない修飾語が記録されている場合

ア 同意となる修飾語が収載されている場合

(例) 高脂血症 (疑い)
 @ \$ 疑い \$

「疑い」は修飾語マスターに収載されていませんが、同意となる「の疑い (8002)」が修飾語マスターに収載されていることから、「8002」の修飾語コードにより記録します。

傷病名コード	修飾語コード	補足コメント	傷病名表示イメージ
2724007	8002		高脂血症の疑い

イ 同意となる修飾語が収載されていない場合

(例) 甲状腺炎 (インターフェロンによる)
 @ \$ インターフェロンによる \$

「インターフェロンによる」は修飾語マスターに収載されておらず、同意となる修飾語も収載されていないことから、補足コメント欄に「インターフェロンによる」と記録します。

傷病名コード	修飾語コード	補足コメント	傷病名表示イメージ
2459001		インターフェロンによる	甲状腺炎 (インターフェロンによる)

※ 補足コメント欄に記録した場合、傷病名表示の際に自動で括弧が付されることから、括弧は記録不要です。

3. 返戻されたレセプトの再請求について

【電子媒体により請求している保険医療機関の皆様】

紙レセプトを再作成することなく、返戻されたレセプトの原本を訂正して再請求するように願います。

【オンラインにより請求している保険医療機関の皆様】

オンラインによりご請求いただいたレセプトを返戻する場合は、オンラインと紙レセプトの両方で行っておりますが、返戻分を再請求する際は、できる限りオンラインにより再請求するように願います。

保険者からの再審査等返戻レセプトについては、オンラインのデータがなく、紙レセプトのみが返戻されることがありますので、この場合は紙レセプトにより再請求願います。

紙レセプトで再請求される場合は、紙レセプトを再作成することなく、返戻されたレセプトの原本を訂正して再請求するように願います。

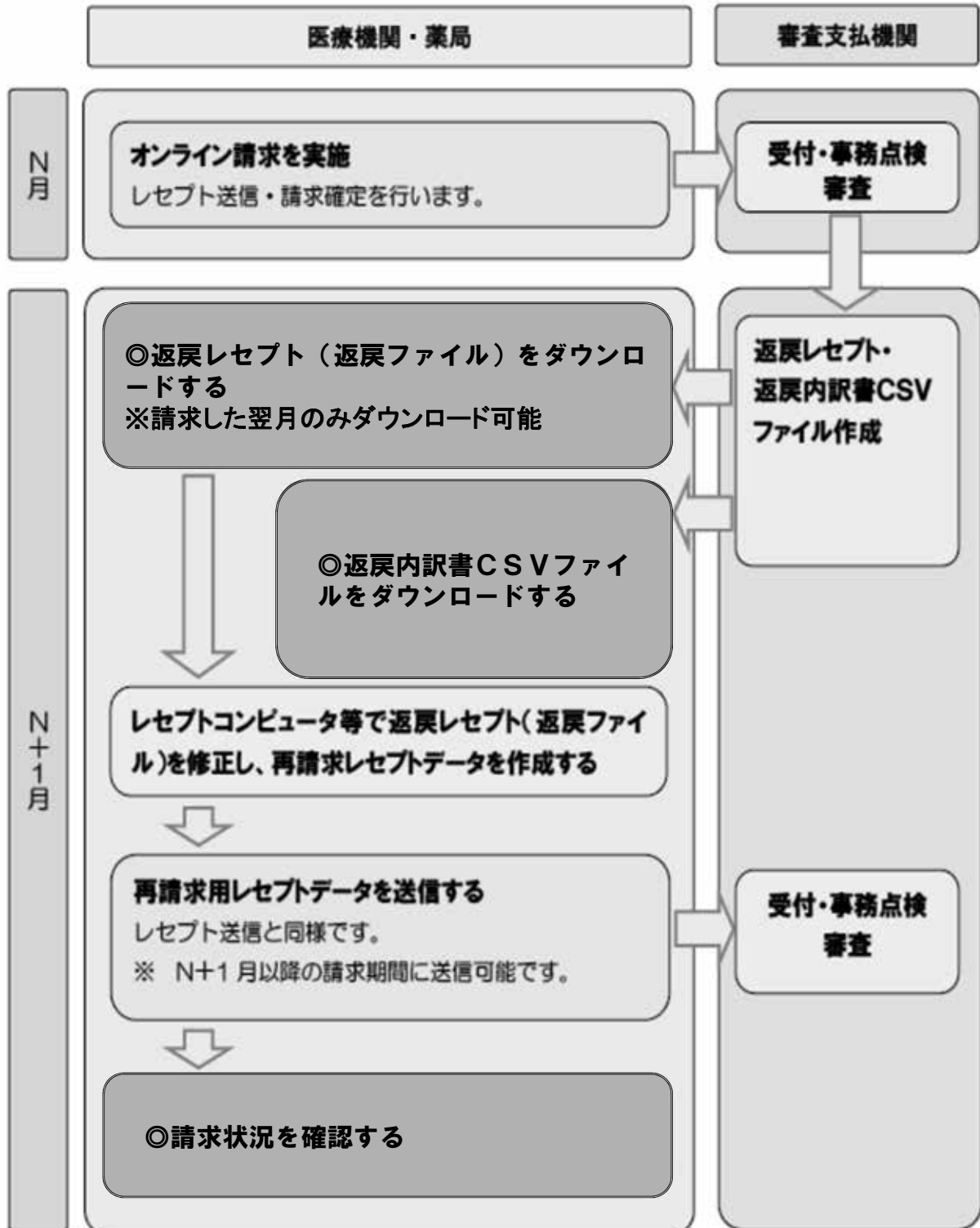
オンラインによる再請求と紙レセプトによる再請求で二重請求にならないよう十分ご留意願います。

オンラインで再請求される際は、以下の「返戻再請求の流れ（請求）」及び「返戻再請求の流れ（保険者の再審査等請求）」を参考に願います。

なお、返戻再請求の流れについては、オンライン請求システムのマニュアル欄及び支払基金ホームページに掲載している「オンライン請求システム操作手順書【運用】編 令和元年5月版」に記載されています。

返戻再請求の流れ(請求)

返戻レセプトの再請求を行う



◎ 審査支払機関からの返戻レセプトをダウンロードする

返戻レセプトがある場合は、返戻レセプト（返戻ファイル）をダウンロードします。返戻レセプトは、前月請求分のレセプトデータのみダウンロードできます。

なお、ダウンロードした返戻レセプト（返戻ファイル）は、レセプトコンピュータなどで修正し、再請求できます。

注意

紙レセプトで請求した分の返戻レセプトは、ダウンロードできません。

補足

前月請求分の返戻レセプトがある場合は、「トップページ」画面の「処理状況」欄に「返戻レセプトがあります。返戻レセプトボタンからダウンロードして下さい。」と表示されます。



1. 画面左の【返戻レセプト】ボタンをクリックします。

【返戻レセプト】ボタンの下に、【当月分（医科）】・【当月分（DPC）】・【再審査分（医科）】・【再審査分（DPC）】ボタンが表示されます。

補足

医療機関（歯科）、薬局の場合、【当月分】・【再審査分】ボタンが表示されます。



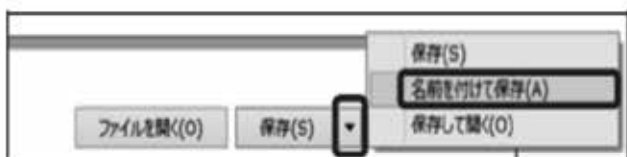
2. ダウンロードするデータに応じて、【当月分 (医科)】または【当月分 (DPC)】ボタンをクリックします。

「返戻レセプトダウンロード」画面が表示されます。



3. 【ダウンロード】ボタンをクリックします。

画面下部に、ダウンロードの確認メッセージが表示されます。



4. 【保存】ボタン右の【▼】ボタンをクリックし、「名前を付けて保存」を選択します。

「名前を付けて保存」画面が表示されます。

補足

- ・左記の画面が表示された場合、【名前を付けて保存】をクリックします。
- ・処理を中止するには、【キャンセル】ボタンをクリックしてください。「返戻レセプトダウンロード」画面に戻ります。



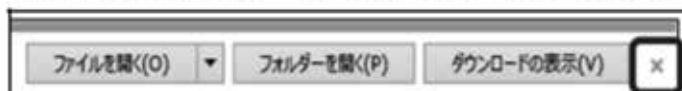


5. 保存する場所を指定して、【保存】ボタンをクリックします。

ダウンロード完了のメッセージが表示されます。

補足

処理を中止するには、【キャンセル】ボタンをクリックしてください。「返戻レセプトダウンロード」画面に戻ります。



6. 【X】ボタンをクリックします。

「返戻レセプトダウンロード」画面に戻ります。

補足

ダウンロードしたデータは、指定した保存先に保存されます。データを確認する場合は、【ファイルを開く】または【フォルダーを開く】ボタンをクリックしてください。

返戻レセプトダウンロード(医科)				
今月中に通戻レセプトをダウンロードしてください。				
順番	発領年月	返戻レセプト件数	ダウンロード日	ダウンロード
1	平成00年4月	4	2000/05/10 12:00	ダウンロード

補足

「ダウンロード日」欄には、【ダウンロード】ボタンをクリックした年月日時が表示されます。

補足

返戻レセプト（返戻ファイル）は、請求した翌月のみダウンロードできます。

◎ 返戻内訳書をダウンロードする

過去 12 か月分の返戻内訳書を CSV 形式のファイルでダウンロードします。

▶ 「返戻内訳書」の詳細は、『別添 印刷対象帳票・CSV 作成対象ファイル』を参照してください。

注意

紙で請求した分のレセプトの返戻内訳書は、ダウンロードできません。

操作ボタン説明	
トップページ	トップページを表示します。
お知らせ	お知らせを表示します。
レセプト送信・状況	レセプトデータの送信します。また、送信したレセプトの

1. 画面左の【各種帳票等】ボタンをクリックします。

【各種帳票等】ボタンの下に、【増減点連絡書】・【返戻内訳書】・【振込額明細】ボタンが表示されます。

操作ボタン説明	
トップページ	トップページを表示します。
お知らせ	お知らせを表示します。
レセプト送信・状況	レセプトデータの送信します。また、送信したレセプトの

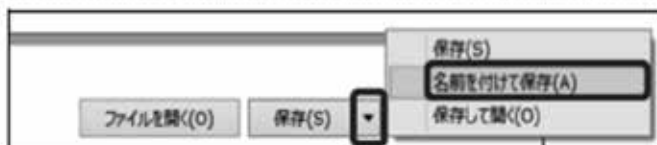
2. 【返戻内訳書】ボタンをクリックします。

「返戻内訳書ダウンロード」画面が表示されます。



3. ダウンロードする処理年月の【ダウンロード】ボタンをクリックします。

画面下部に、ダウンロードの確認メッセージが表示されます。



4. 【保存】ボタン右の【▼】ボタンをクリックし、「名前を付けて保存」を選択します。

「名前を付けて保存」画面が表示されます。



補足

- 左記の画面が表示された場合、【名前を付けて保存】をクリックします。
- 処理を中止するには、【キャンセル】ボタンをクリックしてください。「返戻内訳書ダウンロード」画面に戻ります。

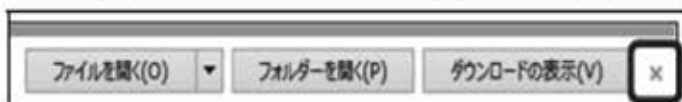


5. 保存する場所を指定して、【保存】ボタンをクリックします。

ダウンロード完了のメッセージが表示されます。

補足

処理を中止するには、【キャンセル】ボタンをクリックしてください。「返戻内訳書ダウンロード」画面に戻ります。



6. 【X】ボタンをクリックします。

「返戻内訳書ダウンロード」画面に戻ります。

補足

ダウンロードしたデータは、指定した保存先に保存されます。データを確認する場合は、【ファイルを開く】または【フォルダーを開く】ボタンをクリックしてください。

補足

「ダウンロード日」欄には、【ダウンロード】ボタンをクリックした年月日時が表示されます。

返戻内訳書ダウンロード				
12か月分の返戻内訳書のCSVデータがダウンロードできます。				
順番	処理年月	項目	ダウンロード日	ダウンロード
1	平成30年4月	医科	2000/05/10 12:00	ダウンロード
		OPC	未ダウンロード	ダウンロード
2	平成30年3月	医科	未ダウンロード	ダウンロード
		OPC	未ダウンロード	ダウンロード
3	平成30年2月	医科	未ダウンロード	ダウンロード
		OPC	未ダウンロード	ダウンロード

補足

過去12か月分のデータは、何度でもダウンロードできます。

◎ 請求状況を確認する

送信したレセプトデータの請求状況を確認することができます。

注意

- ・ 請求状況を確認した結果、請求する場合は「請求確定」を、請求を取消す場合は「請求取消」を必ず実行してください。
- ・ 毎月 10 日 24 時時点で請求確定されていないデータは、システム側で自動的に確定されます。

請求状況画面を表示する

当月におけるレセプト送信・請求確定の詳細を一覧表示します。

The screenshot shows the 'オンライン請求' (Online Request) interface. The left sidebar contains several menu items, with 'レセプト送信・状況' (Receipt Submission Status) highlighted. The main content area displays a list of notification items, including '毎月状況' (Monthly Status), 'お知らせ' (Notice), and '社会保険診療報酬支払基金 窓口大割' (Social Security Medical Fee Payment Fund Window Large Discount). Each item has a plus sign and a right-pointing arrow, indicating expandable content.

1. 画面左の【レセプト送信・状況】ボタンをクリックします。

【レセプト送信・状況】ボタンの下に、【送信(医科)】・【送信(DPC)】・【状況(医科)】・【状況(DPC)】ボタンが表示されます。

補足

医療機関(歯科)、薬局の場合、【送信】・【状況】ボタンが表示されます。

This screenshot shows the same 'オンライン請求' interface, but with '状況(医科)' (Status (Medical)) selected in the left sidebar. The main content area now displays detailed information for the selected status, including '毎月状況' (Monthly Status), 'お知らせ' (Notice), and '社会保険診療報酬支払基金 窓口大割' (Social Security Medical Fee Payment Fund Window Large Discount). The 'レセプト送信・状況' (Receipt Submission Status) menu item is now expanded to show sub-options: '送信(医科)' (Submission (Medical)), '送信(DPC)' (Submission (DPC)), '状況(医科)' (Status (Medical)), and '状況(DPC)' (Status (DPC)).

2. 送信したレセプトデータに応じて、【状況(医科)】または【状況(DPC)】ボタンをクリックします。

当月分のレセプト送信・請求確定の「請求状況」画面が表示されます。

3. 請求状況を確認します。

■ 「請求状況」画面の説明

◀ 「請求状況」画面<医療機関（医科）> ▶

平成XX年4月診療分 請求状況（医科）

()内の件数は、返戻レセプトの再請求分の再掲です。
[]内の件数は、再審査等返戻レセプトの再請求分の再掲です。

XXXX/5/10 12:00 現在 最新状況に更新 (A)

送信回	送信日	請求 確定日	診療科	請求 確定回	送信レセプト件数			要確認 件数	請求確定 件数	請求状況
					入院	入院外	受付不報			
6	5/10	-	-	-	52 (0) [0]	449 (10) [5]	1 (-) [-]	1 (0) [0]	-	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">請求確定(エラー分含む)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">請求確定(エラー分除く)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">請求取消</div>
5	5/9	5/9	-	4	30	120	0	0	200	請求済(エラー分含む)
4	5/8	-	-	-	30	108	2	5	-	取消済
3	5/7	5/7	-	3	10	139	1	2	149	請求済(エラー分含む)
2	5/6	5/6	-	2	0	0	1	-	0	請求済(ASPなし)
1	5/5	5/5	-	1	20	329	1	0	340	請求済(エラー分除く)

請求確定していないデータは請求されません。

CSV一括
ダウンロード (C)

画面の操作説明

(A) 【最新状況に更新】 ボタンをクリックすると、表示時刻が更新され、最新の「請求状況」画面が表示されます。

(B) 操作ボタン

「レセプト送信」画面で、「ASP あり」を選択した場合と、「ASP なし」を選択した場合とで、表示されるボタンが以下のように変わります。

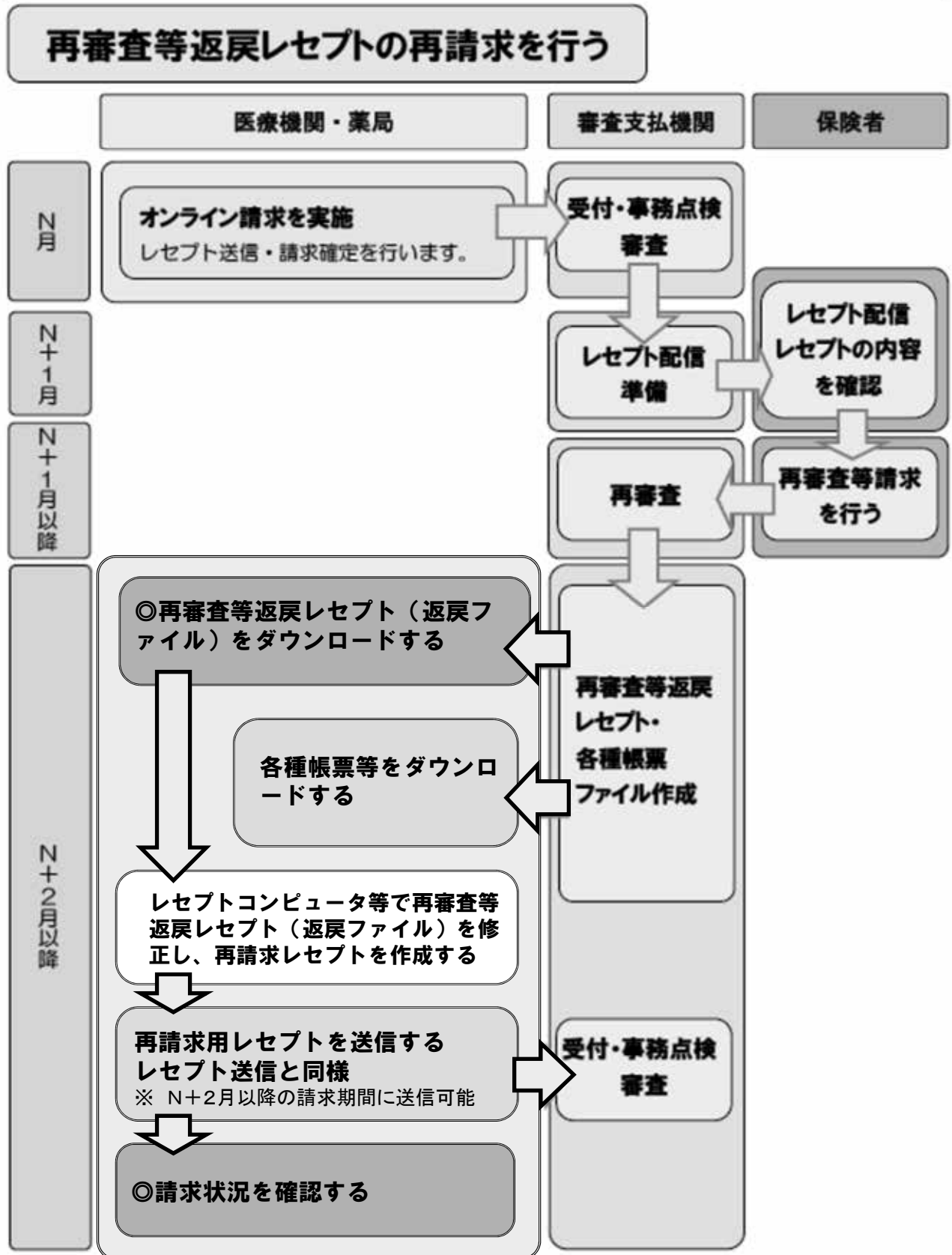
設定	表示されるボタン
ASP あり	【請求確定（エラー分含む）】 ボタン 【請求確定（エラー分除く）】 ボタン 【請求取消】 ボタン
ASP なし	【請求確定（ASPなし）】 ボタン 【請求取消】 ボタン

(C) 【CSV 一括ダウンロード】 ボタンをクリックすると「CSV 一括ダウンロード」画面が表示されます。

補足

- ・ 返戻レセプトの再請求分は、件数下段の () 内に再掲表示されます。
- ・ 再審査等返戻レセプトの再請求分は、件数下段の [] 内に再掲表示されます。

返戻再請求の流れ(保険者の再審査等請求)



◎ 再審査等返戻レセプトをダウンロードする

再審査等返戻レセプトがある場合は、再審査等返戻レセプトをダウンロードします。再審査等返戻レセプトは、前月処理分のみダウンロードできます。

なお、ダウンロードした再審査等返戻レセプト（再審査等返戻ファイル）は、レセプトコンピュータなどで修正し、再請求できます。

注意

紙レセプトで請求、または保険者から紙レセプトで再審査等請求された分の再審査等返戻レセプトは、ダウンロードできません。

補足

前月処理分の再審査等返戻レセプトがある場合は、「トップページ」画面の「処理状況」欄に「再審査等返戻レセプトがあります。返戻レセプトボタンの再審査からダウンロードして下さい。」と表示されます。

保険者名：社会保険診療報酬支払基金 大口太郎
利用番号：0000000000

処理状況

- 再審査等返戻レセプトがあります。返戻レセプトボタンの再審査からダウンロード

お知らせ

- システムに関するお知らせ
現在お知らせはありません。
- 運用に関するお知らせ
現在お知らせはありません。
- その他のお知らせ
現在お知らせはありません。

社会保険診療報酬支払基金（大口太郎）からのお知らせ

- 現在お知らせはありません。

検索ボタン/説明

トップページ	トップページを表示します。
お知らせ	お知らせを表示します。
レセプト送信・状況	レセプト送信・状況を表示します。

1. 画面左の【返戻レセプト】ボタンをクリックします。

【返戻レセプト】ボタンの下に、【当月分（医科）】・【当月分（DPC）】・【再審査分（医科）】・【再審査分（DPC）】ボタンが表示されます。

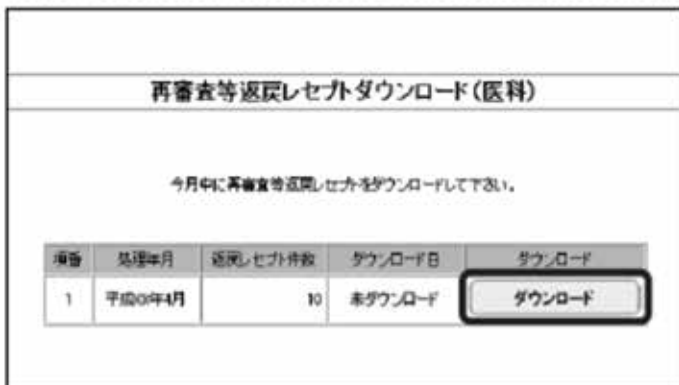
補足

医療機関（歯科）、薬局の場合、【当月分】・【再審査分】ボタンが表示されます。



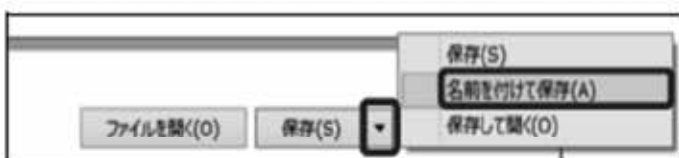
2. ダウンロードするデータに応じて、【再審査分(医科)】または【再審査分(DPC)】ボタンをクリックします。

「再審査等返戻レセプトダウンロード」画面が表示されます。



3. 【ダウンロード】ボタンをクリックします。

画面下部に、ダウンロードの確認メッセージが表示されます。



4. 【保存】ボタン右の【▼】ボタンをクリックし、「名前を付けて保存」を選択します。

「名前を付けて保存」画面が表示されます。



補足

- ・左記の画面が表示された場合、【名前を付けて保存】をクリックします。
- ・処理を中止するには、【キャンセル】ボタンをクリックしてください。「再審査等返戻レセプトダウンロード」画面に戻ります。

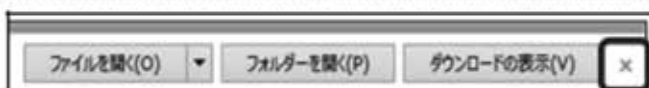


5. 保存する場所を指定して、【保存】ボタンをクリックします。

ダウンロード完了のメッセージが表示されず。

補足

処理を中止するには、【キャンセル】ボタンをクリックしてください。「再審査等返戻レセプトダウンロード」画面に戻ります。

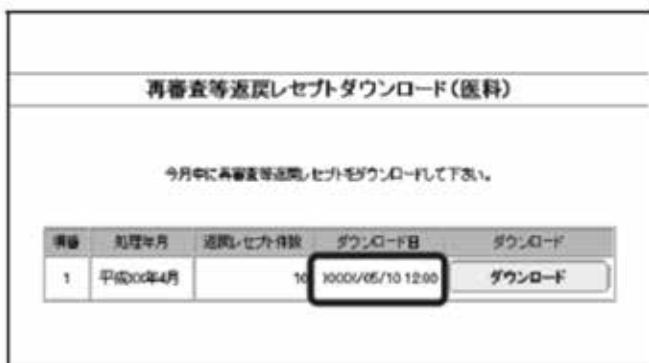


6. 【X】ボタンをクリックします。

「再審査等返戻レセプトダウンロード」画面に戻ります。

補足

ダウンロードしたデータは、指定した保存先に保存されます。データを確認する場合は、【ファイルを開く】または【フォルダーを開く】ボタンをクリックしてください。



補足

「ダウンロード日」欄には、【ダウンロード】ボタンをクリックした年月日時が表示されます。

補足

再審査等返戻レセプト（再審査等返戻ファイル）は、処理した翌月のみダウンロードできます。

※「請求状況を確認する」については返戻再請求の流れ（請求）を参照願います。

4 . コメントレコードの記録方法について

症状詳記やコメントを紙に記載してご請求いただく場合がありますが、コメントレコードの記録方法により、コメントコードを使用して記録できるものは、電子レセプトに記録してご請求いただきますようお願いいたします。

コメントレコードの記録方法

【コメントレコードフォーマット】

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
項 目	レ コ ー ド 識 別 情 報	診 療 識 別	負 担 区 分	コ メ ン ト コ ー ド	文 字 デ ー タ
モード	英数	数字	英数	数字	漢字
最 大 バイト数	2	2	1	9	76
項目形式	固定	可変	固定	固定	可変
記録必須	※		※	※	

【各レコード項目】

- 1 レコード識別情報
コメントレコードを表す識別情報「C0」を記録します。
- 2 診療識別
当該コメントが属する診療識別コード（別表1）を記録します。

3 負担区分

コメントについては、保険の負担に直接関係はないため、当該コメントの対象となる診療行為、医薬品又は特定器材を負担する保険により、負担区分コード（別表2）を記録します。

4 コメントコード

コメントマスターの「コメントコード」を記録します。

5 文字データ

- (1) コメントパターン10（コメントコード810000001）の場合、任意の文字情報を文字データに記録します。

例) 「術前検査」のコメントを記録する場合

コメントコード	レセプト編集方法	文字データ記録方法
810000001		術前検査

● CSVの記録

C0, 60, 1, 810000001, 術前検査

● レセプトの表示

60 01 術前検査

記録された文字データをそのまま表現します。
コメントコードの編集はありません。

※ 文字データは、全角38文字まで記録できます。

- (2) コメントパターン20（コメントコード82*****）の場合、コメントコードの編集内容のみを表現するため、文字データは記録しません。

例) 健康診断から医療保険に切り替わったため初診料を算定しない場合

コメントコード	レセプト編集方法	文字データ記録方法
820000006	健康診断から	

● CSVの記録

C0, 11, 1, 820000006,

● レセプトの表示

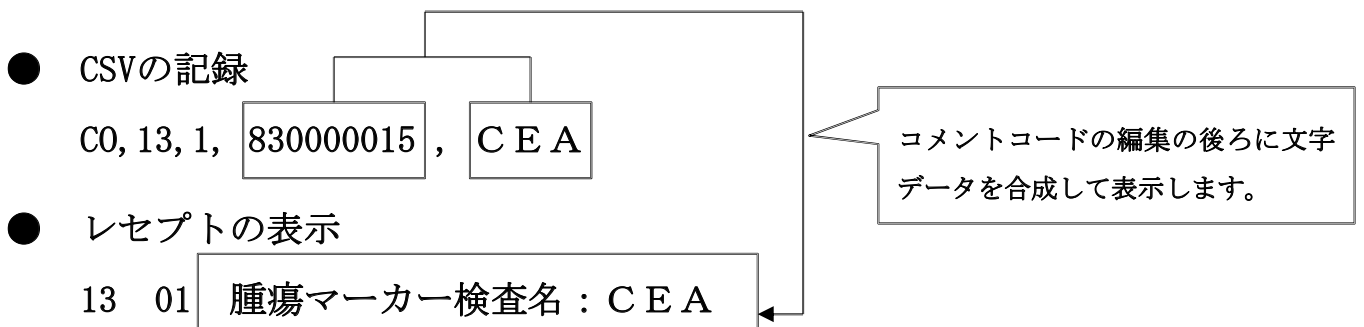
11 01 健康診断から

コメントコードの編集のみ。
文字データは記録しません。

(3) コメントパターン30（コメントコード83*****）の場合、コメントコードの編集内容の後に文字データに記録された内容を合成して表現します。

例) 悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定したため、腫瘍マーカー検査名を記録する場合

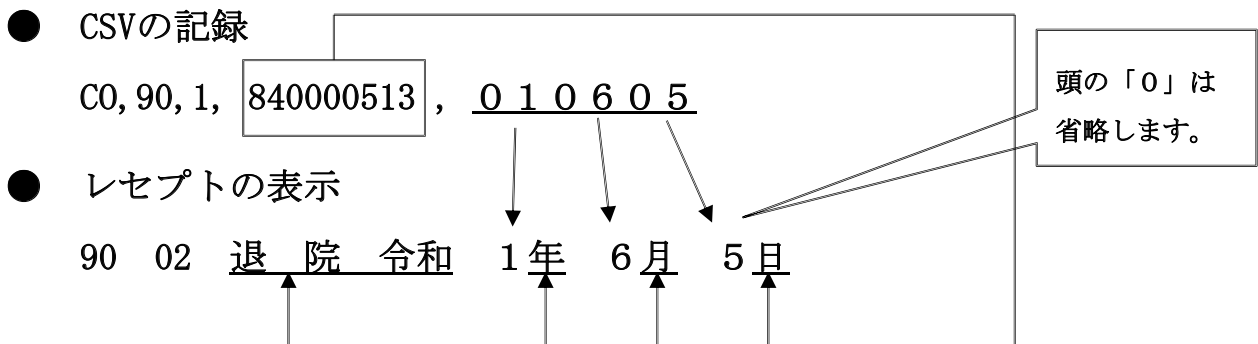
コメントコード	レセプト編集方法	文字データ記録方法
830000015	腫瘍マーカー検査名：	C E A



(4) コメントパターン40（コメントコード84*****）の場合、コメントコードの編集内容と文字データに記録された数字を合成して表現します。

例) 令和1年6月5日に退院した場合

コメントコード	レセプト編集方法	文字データ記録方法
840000513	退 院 令 和 年 月 日	0 1 0 6 0 5



※ 数字情報をコメントの文字データに記録する場合は、全角で記録します。

(5) コメントパターン90（コメントコード890000001）の場合、文字データに記録された4桁の修飾語コードを翻訳します。

例) 画像診断の部位として、右手第1指を記録する場合

コメントコード	レセプト編集方法	文字データ記録方法
890000001		205610451035

● CSVの記録

C0, 70, 1, 890000001 , 205610451035

右 手 第1指

● レセプトの表示

70 01 右 手 第1指

修飾語コードを翻訳して表示します。

※ 修飾語コードをコメントの文字データに記録する場合は、全角で記録します。

電子レセプトに記録できない写真、図表等の資料については、紙による提出となります。

- (6) 記載要領の(20)「初診」、「再診」、「医学管理料」、「在宅」、「投薬」、「処置」、「手術・麻酔」、「検査・病理」、「画像診断」、「その他」及び「入院」欄について

記載要領において、「各欄又は「摘要」欄への診療行為等の名称、回数及び点数の記載方法は、次のイからシまでのとおりであること。

また、名称、回数及び点数以外の「摘要」欄に記載する事項等は、別表 I 「診療報酬明細書の「摘要」への記載事項等一覧（医科）」のとおりであること。

なお、電子レセプトによる請求の場合、別表 I の「レセプト電算処理システム用コード」欄にコードが記載された項目については、平成30年10月診療分以降、「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格」に基づき、該当するコードを選択すること。」とされております。

電子レセプトによる請求を行っている保険医療機関の皆様におかれましては、別表 I 「診療報酬明細書の「摘要」への記載事項等一覧（医科）」の「レセプト電算処理システム用コード」欄にコードが記載された項目については、該当するコードを選択してご請求いただきますようお願いいたします。

別表 I からの抜粋を示します。

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
188	C153 の1	注入器用注射針加算の1	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第2部 C153注入器用注射針加算の(2)のア又はイに規定するものうち、該当するものを選択して記載すること。	820100120 820100121	ア 糖尿病等で1日概ね4回以上自己注射が必要 イ 血友病で自己注射が必要

別表1 診療識別コード (医科)

コード名	コード	入院	入院外	
診療識別コード (医科)	01	全体に係る識別コード		
	11	初診		
	12		再診	
	13	医学管理		
	14	在宅		
	投	21	内服	
		22	屯服	
		23	外用	
		24	調剤	
		25		処方
	薬	26	麻薬	
		27	調基	
		28	その他	
	注射	31	皮下筋肉内	
		32	静脈内	
		33	その他	
	39	薬剤料減点		
	40	処置		
	50	手術		
	54	麻酔		
	60	検査・病理		
	70	画像診断		
	80	その他		
	90	入	入院基本料	
92	院	特定入院料・その他		
97	食事療養・生活療養・標準負担額			
99	全体に係る識別コード			

別表2 負担区分コード

		負担区分コード	医保	公費①	公費②	公費③	公費④
医保と公費 又は公費と公費の併用	1者	1	○				
		5		○			
		6			○		
		B				○	
	C					○	
	2者	2	○	○			
		3	○		○		
		E	○			○	
		G	○				○
		7		○	○		
		H		○		○	
		I		○			○
		J			○	○	
	3者	K			○	○	
		L				○	○
		4	○	○	○		
		M	○	○		○	
		N	○	○			○
		O	○		○	○	
		P	○		○		○
Q		○			○	○	
4者	R		○	○	○		
	S		○	○		○	
	T		○		○	○	
	U			○	○	○	
5者	V	○	○	○	○		
	W	○	○	○		○	
	X	○	○		○	○	
	Y	○		○	○	○	
Z		○	○	○	○		
9	○	○	○	○	○		

5. 被保険者証の記号・番号の記録方法について

被保険者の記号・番号について、誤ったCSVの記録の場合、レセプトに出力すると、記号・番号が共に印字されるため、一見正しいレセプトに見えますが、記録方法が誤っているため、誤ったレセプトとして取り扱うこととなります。

【保険者レコードフォーマット】

項目	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	食事療養 ・生活療養		(10)	(11)	負担金額				
	レコード識別情報	保険者番号	被保険者証(手帳)等の記号	被保険者証(手帳)等の番号	診療実日数	合計点数	予備	(8)	(9)	職務上の事由	証明書番号	(12)	(13)	(14)	(15)	
								回数	合計金額			医療保険	減免区分	減額割合	減額金額	
モード	英数	英数	英数 又は 漢字	英数 又は 漢字	数字	数字	数字	数字	数字	数字	数字	数字	数字	数字	数字	数字
最大 バイト数	2	8	38	38	2	8	5	2	8	1	3	9	1	3	6	
項目形式	固定	固定	可変	可変	可変	可変	可変	可変	可変	可変	可変	可変	可変	可変	可変	
記録必須	※	※		※	※	※										

例) 協会管掌の場合

保険者番号	記号	番号
01131234	12345678	1234567

● 正しいCSVの記録

H0,01131234,1 2 3 4 5 6 7 8,1 2 3 4 5 6 7,

● レセプトの表示

保険者番号	0 1 1 3 1 2 3 4
記号・番号	1 2 3 4 5 6 7 8
	1 2 3 4 5 6 7

● 誤ったCSVの記録

H0,01131234,1 2 3 4,5 6 7 8 1 2 3 4 5 6 7,

● レセプトの表示

保険者番号	0 1 1 3 1 2 3 4
記号・番号	1 2 3 4
	5 6 7 8 1 2 3 4 5 6 7

例) 共済組合の場合

保険者番号	記号	番号
33130030	警・警視	123

- 正しいCSVの記録

H0,33130030,警・警視,123,.....

「警・警視」までが記号です。

- レセプトの表示

保険者番号	33130030
記号・番号	警・警視 123

- 誤ったCSVの記録

H0,33130030,警,警視123,.....

記号と番号の切れ目が誤っています。

- レセプトの表示

保険者番号	33130030
記号・番号	警 警視123

例) 健保組合の場合

保険者番号	記号	番号
06131234	123	456

あるいは

保険者番号	記号・番号
06131234	123・456

のような保険証もありますが、共に次のように記録します。

- 正しいCSVの記録

H0,06131234,123,456,.....

「・」の前を記号、後ろを番号欄に記録します。

- レセプトの表示

保険者番号	06131234
記号・番号	123 456

- 誤ったCSVの記録

H0,06131234,,123・456,.....

全てを番号に記録した場合、記録誤りとなります。

- レセプトの表示

保険者番号	06131234
記号・番号	123・456

3. 診療報酬請求書の提出上の留意点について

③ 国民健康保険関係

令和元年度 医療保険事務講習会

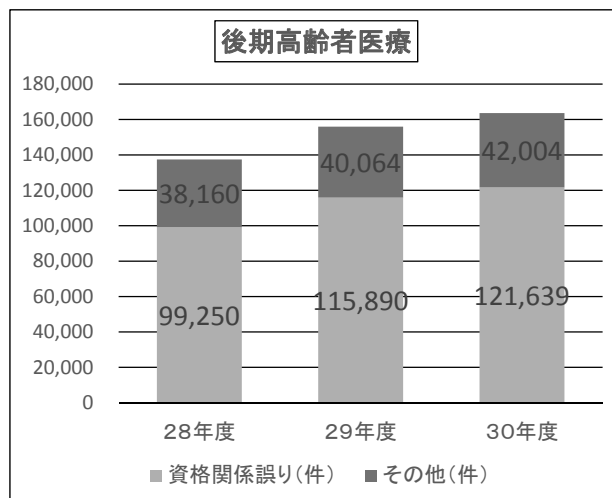
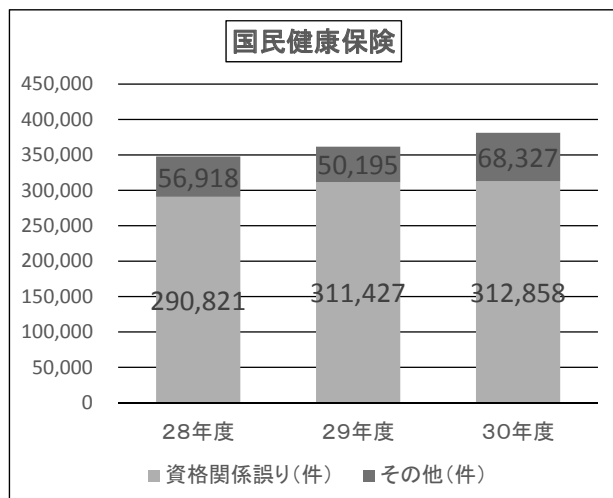
診療報酬請求書等の提出上の留意点について ＜国民健康保険関係＞

令和元年9月18日・19日・25日
東京都国民健康保険団体連合会

被保険者証や医療受給者証の記載誤りや記載漏れに注意！ －平成30年度の過誤件数について－

平成30年度の過誤返戻の件数は、国民健康保険(退職者医療含む)については**381,185件**、後期高齢者医療については**163,643件**合計**544,828件**となっております。

資格関係誤りは、診療報酬から過誤調整(減額)されるだけでなく、患者様への確認など、請求事務を煩雑化させる要因となりますので、**被保険者証や医療受給者証は必ずご確認ください、記載誤りや記載漏れのないようお願いいたします。**



- ・国民健康保険には、退職者医療を含む
- ・資格関係誤りとは、記号番号誤り、給付割合相違、資格喪失等

※ 国保連合会では、被保険者に関する資格情報は保有していないため、資格に関するお問い合わせは、各区市町村又は国保組合へお願いいたします。

「国民健康保険過誤調整結果通知書 振替分(都内・他県)」の変更について
—平成30年3月請求分から—

様式1-3 国民健康保険過誤調整結果通知書 振替分(都内・他県) 平成30年3月請求分

振替先保険者番号	振替先被保険者証記号	振替先被保険者証番号	振替先被保険者証種別	請求		振替	振替	振替	振替	振替	振替	振替	振替	振替	振替	振替	振替	振替	
				件数	日数														
2900	201	201124	1	96	70	0	-	-	860	-4,820	-3,240	-	-	-	-	-	-	-	-
2900	201	201124	1	87	70	0	-	-	210	-3,110	-2,170	-	-	-	-	-	-	-	-

平成30年3月請求分からの変更点
 変更点①県跨ぎ保険者振替分と都内間保険者振替分が併せて出力されます。
 変更点②コード(201)・事由番号(201124)に統一されます。
 変更点③件数、日数/回数、点数、費用額等はマイナス表示に統一されます。
 変更点④備考欄の表示が振替先保険者番号、振替先被保険者証記号、振替先被保険者証番号になります。
 ※ 振替分は、過誤調整と同月に決定処理をいたしますので
支払金額に影響はございません。

備考

保険者*****に振替
被保険者証記号*****
被保険者証番号*****

決定額

過誤調整額

支払金額のご確認については【診療(調剤)報酬決定通知書】を参照ください。
 振替分でマイナス表示の金額は「過誤調整額」にマイナスされますが、備考欄に記載の振替先保険者分として同額が「決定額」にプラスされておりますので、支払い金額に影響はございません。

特別療養費(被保険者資格証明書のレセプト)の請求方法について
—請求記載例—

総括請求書

国保(医科) 令和 年 月 分 診療報酬総括請求書

特別療養費

総括請求書の上部余白に、「特別療養費」と赤文字で記載してください。

- ◆被保険者資格証明書を提示した患者様のレセプトについて、療養の給付等の請求との区別を行うことから、**総括請求書を別作成し、紙レセプトで提出**をお願いします。
 - ◆総括請求書とレセプトの上部余白に「特別療養費」と赤文字で記載してください。
 - ◆一般のレセプトに混入しないよう**総括請求書、及び請求書は別綴じ**にし、総括請求書及び請求書の件数、点数等の合計には含めないでください。
- ※オンライン請求(電子媒体での請求を含む)の保険医療機関においても、記載方法及び提出方法は同様となります。
紙レセプトで提出をお願いします。

レセプト

特別療養費

レセプトの上部余白に、「特別療養費」と赤文字で記載してください。

被保険者資格証明書の記号番号を記載してください。

電子媒体で請求されている保険医療機関の再請求について

中 国 保 (医 科)

令和 年 月 分 診療報酬総括請求書

請求府番号 13 医療機関コード

〒

医療機関所在地
名称(電話)
開設者氏名

電子媒体用総括請求書

医療機関委員会印 連合会受付印 審査委員会印

国 保 分	区分	療養の給付			食事・生活療養	
		件数	点数	合計	件数	金額
都 内 分	国 保					
	通 算 計					
都 外 分	国 保					
	通 算 計					

後期高齢者

再請求する際は、「紙媒体」を○(マル)で囲んでください

電子媒体 MO CD-R

紙媒体

※請求書に添付する電子媒体(D、MO、CD-R)の場合は、原簿点数の記入をお願いします。
※同月内に電子媒体と紙媒体(再請求分等)をご請求の場合は、原簿ごとに原簿請求書の提出が必要となります。

◆紙レセプトを再請求する際は、電子媒体用総括請求書を別作成してください。

◆電子媒体用総括請求書は、国保連合会のホームページからダウンロードをお願いします。
<https://www.tokyo-kokuhoren.or.jp>
 掲載場所 HOME>各種ダウンロード集>2. 保険医療機関等・柔整施術所の皆様>レセプト電算処理システム各種様式

電子媒体での請求について

<請求媒体切替えのお願い>

フロッピーディスク(以下「FD」という。)は、平成23年3月に国内販売が終了しております。
 FDにて電子レセプト請求を行っている保険医療機関におかれましては、オンライン請求又はCD-Rへの請求切替えにご協力いただきますようお願いいたします。

<電子媒体の内容確認のお願い>

電子媒体の受付にあたり、以下の事例による不備が発生し、毎月相当量の電子媒体を保険医療機関の方に再作成いただいている状況となっております。
 つきましては、電子媒体をご提出いただく際は、内容について再度のご確認をお願いいたします。

不備事例

- レセプトデータが格納(保存)されていない。
- レセプトデータが媒体の直下ではなく、フォルダ内に格納(保存)されている。
- レセプトデータが被用者保険分(社会保険診療報酬支払基金東京支部に提出すべきデータ)である。
- 保険医療機関情報の「請求年月」が電子媒体の提出月となっていない(「提出月」ではなく、「診療年月」を記録している)。
- ラベルの一部に記載不備がある(診療年月が記載されていない等)。
- ファイル名が記録条件仕様と異なる(1文字でも異なると不備になる)。
- 媒体不良(ファイルが壊れている等)

<オンラインによる請求への移行のお願い>

電子媒体で請求をされている保険医療機関におかれましては、利便性の高いオンライン請求をお勧めしております。

- 毎月5日から7日は8時から21時まで、8日から10日は8時から24時まで受付ができます。
- 送信時に簡易チェックでエラー内容が確認でき、修正することができます。
- 本会からの返戻レセプト、増減点連絡書、返戻内訳書をオンラインで受け取ることができます。
- 返戻レセプトデータを修正してオンラインで再請求することができます。
- 前月までに請求したレセプトの取下げ依頼をオンラインで提出することができます。

オンライン請求では、送信後に請求内容等に誤りが発覚した場合でも、**10日まで再送信**することができ、大変便利です。(再送信される場合は本会にご連絡願います。)

なお、**受付不能(L2000番台のエラー)及びASP点検の結果「エラー分を除く」で送信した場合は、エラーデータのみを修正して12日まで再送信**が可能です。

「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関する届出」はホームページからダウンロードできます

<https://www.tokyo-kokuhoren.or.jp>

掲載場所 HOME> 保険医療機関等・柔整施術所の皆様> 電子レセプト請求について(オンライン請求または電子媒体による請求)> オンライン請求のご案内> オンライン請求各種届出様式はこちら

【お問い合わせ先】

《オンライン請求の届出に関すること》 システム管理部 システム管理課 レセプト電算係 03-6238-0456(直通)
《上記以外の問い合わせ先》 審査第2部 事務審査第1課、第2課、第3課 03-6238-0011(大代表)
(電話交換手に「〇〇区、市(貴保険医療機関所在地)を担当している課」と指示してください。)

電子レセプトに記録可能な紙添付資料の電子化について

電子レセプトに記録できる症状詳記等の情報は以下のとおりです。

- (1) 症状詳記(患者の臨床症状、診療行為の必要性等)
- (2) 治験概要
- (3) 疾患別リハビリテーションに係る治療継続の理由等
- (4) 廃用症候群に係る評価表 別紙様式22

これら電子レセプトに記録できる情報を未だ紙媒体で提出されている保険医療機関につきましては電子化へ移行願います。

また、その他に紙媒体の資料として、「検査データ」「画像プリント」等が多く見受けられます。これらにつきましては、その詳細を症状詳記として記録することで提出は不要となります。

なお、審査の都合上、資料等が必要になった場合は、本会から改めて提出依頼の連絡をいたしますので、ご協力をお願いいたします。

電子レセプトについては「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格について」(平成28年4月28日保発0428第14号)をご参照の上、請求データを作成願います。

【お問い合わせ先】

《症状詳記等に関すること》 審査第1部 審査課 医科係 03-6238-0259
《記録条件仕様に関すること》 システム管理部 システム管理課 レセプト電算係 03-6238-0456

電子レセプト請求に係る入力誤り等にご注意願います

特に以下の点についてご注意いただき、入力誤り等のないよう請求願います。

- (1) 診療行為・医薬品・特定保険医療材料に係る算定日情報については、入力誤りがないようご注意願います。
- (2) 記載要領及び記録条件仕様上、摘要欄にコメント等の入力が必要な診療行為等については入力漏れのないようご注意願います。
- (3) 診療行為に係る加算の入力については、加算と関連する診療行為と同一点数内になるよう入力願います。
- (4) DPCレセプトで総括レセプトが存在する場合の症状詳記については、該当するレセプトにそれぞれ入力願います。

【お問い合わせ先】

審査第1部 審査共助管理課 03-6238-0279

「特記事項」欄について

電子レセプト請求の「特記事項」欄については、記録条件仕様によりコードを入力することになっております。
特に以下の事項については入力漏れが多く見受けられますのでご注意願います。
※詳しくは記載要領及び記録条件仕様を参照願います。

- 特記07 : 介護老人保健施設に入所中の患者の診療料を、併設保険医療機関において算定した場合
特記08 : 介護老人保健施設に入所中の患者の診療料を、併設保険医療機関以外の保険医療機関において算定した場合
特記09 : 特別養護老人ホーム等に入所中の患者について診療報酬を算定した場合
特記10 : 患者の疾病又は負傷が、第三者の不法行為(交通事故等)によって生じたと認められる場合
特記11 : 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第1条第2号の規定に基づく医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律に規定する治験に係る診療報酬の請求である場合
特記12 : 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第1条第3号の規定に基づく医薬品医療機器等法に規定する治験に係る診療報酬の請求である場合

【お問い合わせ先】

審査第1部 審査共助管理課 03-6238-0279

平成30年4月改定後の記載要領及び電子レセプトに係る記録条件仕様の変更点について

■診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等が以下のとおりとなっておりますのでご注意願います【一部抜粋】

- (20) 「初診」、「再診」、「医学管理」、「在宅」、「投薬」、「注射」、「処置」、「手術・麻酔」、「検査・病理」、「画像診断」、「その他」及び「入院」欄について

ア 通則

各欄又は「摘要」欄への診療行為等の名称、回数及び点数の記載方法は、各欄の記載要領のとおりであること。また、名称回数及び点数以外の「摘要」欄に記載する事項等は、別表Ⅰ「診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧(医科)」のとおりであること。

なお、電子レセプトによる請求の場合、別表Ⅰの「レセプト電算処理システム用コード」欄にコードが記載された項目については、平成30年10月診療分以降、「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格」に基づき、該当するコードを選択すること。

書面による請求を行う場合においては、名称について、別表Ⅱ「診療行為名称等の略号一覧(医科)」に示す略号を使用して差し支えないこと。

【お問い合わせ先】

≪症状詳記等に関すること≫

審査第1部 審査課 医科係 03-6238-0259

≪記録条件仕様に関すること≫

システム管理部 システム管理課 レセプト電算係 03-6238-0456

診療報酬明細書の「摘要」欄の記載事項等について(別表 I)

■診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧(医科)【別表 I 一部抜粋】

別表 I 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧 (医科)

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム照コード	定記コードによるレセプト表示文言
1	A000	初診料	(初診の後、当該初診に附随する一連の行為を後日行った場合であって当該初診日が前月である場合) 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」(平成30年3月5日保医発0305第1号)別添1第1章第1節通則2のAからウまでに規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。	820100001	ア 初診又は再診時に行った検査、画像診断の結果のみを聞きに来院
			(注5のただし書に規定する2つ目の診療料に係る初診料を算定した場合) 2つ目の診療料の診療料名を記載すること。	820100002	イ 往診等の後に薬剤のみを取りに来院
				820100003	ウ 一旦帰宅し、後刻又は後日検査、画像診断、手術等を受けに来院
2	A000	初診料の妊婦加算等(注7、注16、注18の加算)	当該患者が妊婦である旨記載すること。	レセプト共通レコード「患者の妊婦フラグ」又は820100248	妊婦
3	A001	再診料	(再診の後、当該再診に附随する一連の行為を後日行った場合であって当該再診日が前月である場合) 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第1章第1節通則2のAからウまでに規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。	820100001	ア 初診又は再診時に行った検査、画像診断の結果のみを聞きに来院
				820100002	イ 往診等の後に薬剤のみを取りに来院
				820100003	ウ 一旦帰宅し、後刻又は後日検査、画像診断、手術等を受けに来院
				112008350	同日再診料
				112016850	同日特定安給率再診料
				112008850	同日電話等再診料
	112015950	電話等再診料(同一日複数科受診時の2科目)			
	112016950	同日電話等特定安給率再診料			
	112017150	電話等特定安給率再診料(同一日複数科受診時の2科目)			
		(注3に規定する2つ目の診療料において再診を行った場合) 2つ目の診療料の診療料名を記載すること。			
4	A001	再診料の乳幼児加算	(月の途中から乳幼児加算を算定しなくなった場合) 月の途中まで乳幼児であった旨記載すること。	820100005	月の途中まで乳幼児
5	A001	再診料の妊婦加算等(注7、注16、注18の加算)	当該患者が妊婦である旨記載すること。	レセプト共通レコード「患者の妊婦フラグ」又は820100248	妊婦

【お問い合わせ先】

《症状詳記等に関する事》
《記録条件仕様に関する事》

審査第1部 審査課 医科係 03-6238-0259
システム管理部 システム管理課 レセプト電算係 03-6238-0456

「診療報酬等の支払日」及び「決定通知書の発送日」について

The image shows a sample of a medical insurance settlement statement. It includes a header with the patient's name and insurance details, followed by a summary table of payments and a detailed breakdown of charges. The summary table shows the total amount paid and the total amount billed. The detailed breakdown table lists various charges such as consultation fees, examination fees, and medication fees, along with their respective amounts and the number of units billed.

◆診療報酬等の支払日は・・・
原則20日が支払日となります。
なお、支払日が土・日・祝日にあたる場合は、翌営業日となります。

◆決定通知書の発送日は・・・
国保・後期の種別にかかわらず、支払日の前営業日に発送しており、種別ごとに灰色の窓空き封筒に封入してあります。
また、前年の1年間の合計分(1月診療分から12月診療分まで)は、2月中旬に発送いたします。
なお、**所得申告等**でご利用いただくため、**紛失しないよう**お願いいたします。

◆詳しい日程については、**本会ホームページ**をご参照ください。

<https://www.tokyo-kokuhoren.or.jp>
掲載場所 HOME> 保険医療機関等・柔整施術所の皆様
> 2019年度の支払日について

国保「診療(調剤)報酬等決定通知書」について

様式3 診療(調剤)報酬等決定通知書
保険医療機関等 東京都立保健医療計画推進委員会

① 平成 年 月請求分(月診療分)

保険医療機関等コード	振込銀行	振込日
		平成 年 月 日

区分	件数	点数	決定額 円	過誤調整額 円	繰上額 円
⑤ 一般	54	188,1	1,407,596	-54,977	1,352,619
一般高額	4	119,9	204,580		204,580
⑥ 過給	1	68,9	420,900		420,900
過給高額	1	88,9	155,400		155,400
公費	2	18,9	76,450	-24,191	52,259
合計			2,264,926	-84,974	2,180,952

⑦ 振込総額 2,180,952

①「請求分」
請求月ごとの通知となります。月遅れ分を請求した場合はその分も含まれています。

②「件数、点数」
過誤調整によって増減が生じた場合はその分も含まれます。

③「決定額」
ご請求いただいたレセプトを審査した結果生じた金額です。

④「過誤調整額」
過去にご請求・お支払済みのレセプトについて、返戻や増減が発生した場合に生じます。これに伴い、件数と点数も増減されています。この過誤調整の結果通知書については、当該決定通知書が届いた翌月の初めに発送しています。

⑤「一般高額、退職高額」
被保険者の所得に応じて、自己負担限度額を控除して支給される金額です。「件数」と「点数」は再掲です。

⑥「公費」
国や東京都の公費だけではなく、前期高齢者の指定公費も含まれています。ただし、指定公費については相当する金額から点数を算出しているため、ご請求の点数と異なりますのでご注意ください。「件数」と「点数」は再掲です。

⑦「振込総額」
国保、後期それぞれで振り込まれます。通帳記帳をされましたら、決定通知書の振込総額と照らし合わせてご確認ください。

なお、振込総額が空欄の場合、本会へ返還していただく金額が発生しておりますので、翌月以降のお支払から調整させていただきます。

「後期高齢者医療診療(調剤)報酬等決定通知書」について

様式3 後期高齢者医療診療(調剤)報酬等決定通知書
保険医療機関 東京都立保健医療計画推進委員会

① 平成 年 月請求分(月診療分)

保険医療機関等コード	振込銀行	振込日
		平成 年 月 日

区分	件数	点数	決定額 円	過誤調整額 円	繰上額 円
⑤ 診療(調剤)報酬	171	706,94	6,264,050	-147,394	6,116,656
⑥ 高額療養費			37,300	0	37,300
公費	4	39,91	37,300	0	37,300
⑦ 雑費			0	0	0
合計			6,338,650	-147,394	6,211,256

⑦ 振込総額 6,211,256

①「審査分」
審査分は請求月です。請求月ごとの通知となります。月遅れ分を請求した場合はその分も含まれています。

②「件数、点数」
過誤調整によって増減が生じた場合はその分は含まれません。

③「決定額」
ご請求いただいたレセプトを審査した結果生じた金額です。

④「過誤調整額」
過去にご請求・お支払済みのレセプトについて、返戻や増減が発生した場合に生じます。この過誤調整の結果通知書については、当該決定通知書が届いた翌月の初めに発送しています。

⑤「高額療養費」
被保険者の所得に応じて、自己負担限度額を控除して支給される金額です。

⑥「公費」
公費の「件数」と「点数」は再掲になります。

⑦「振込総額」
国保、後期それぞれで振り込まれます。通帳記帳をされましたら、決定通知書の振込総額と照らし合わせてご確認ください。
なお、振込総額がマイナスの場合、本会へ返還していただく金額が発生しておりますので、翌月以降のお支払から調整させていただきます。

【お問い合わせ先】
企画事業部 支払担当課 支払担当係
03-6238-0327

オンライン請求システムによるレセプト返戻について

◆対象機関:オンライン請求を実施している保険医療機関

◆対象データ 一次審査分...返戻レセプト、返戻内訳書、増減点連絡書
二次審査分...返戻レセプトのみ
※紙レセプトで請求した分は対象外となります。

◆ダウンロード可能期間:毎月5日～月末まで(オンライン請求システム利用可能期間内)
※ただし増減点連絡書については、毎月6日からダウンロードが可能になります。

- ①返戻レセプトは配信した当月中のみダウンロード可能です。ダウンロードの際は期間にご注意ください。
(返戻内訳書、増減点連絡書については過去12ヶ月分までであれば何度でもダウンロードが可能になります)
- ②オンライン請求システムによるレセプト返戻と併せて、従来どおり紙レセプトによる返戻もいたします。
機器の故障や回線の不具合等でオンライン請求出来ずに電子媒体で請求した月においても、紙レセプトとオンライン請求システムの両方で返戻いたします。
- ③再請求時は、**できる限りオンラインによる再請求**をお願いいたします。
なお、返戻された紙レセプトを原本として、訂正した紙レセプトでの再請求も可能です。
- ④オンラインによる再請求と紙レセプトによる再請求で、**重複請求にならないよう十分ご注意ください。**

※返戻レセプト・返戻内訳書・増減点連絡書のダウンロード手順および帳票ファイルの仕様については、オンライン請求システム内に掲載している以下のマニュアルをご参照ください。

◆ダウンロード手順:操作手順書 運用編<保険医療機関>
帳票ファイル仕様:別添 印刷対象帳票・CSV作成対象ファイル<保険医療機関<(医科・DPC)用>

【お問い合わせ先】

システム管理部 システム管理課 レセプト電算係 03-6238-0456

「再審査・取下げ依頼書」について

再審査・取下げ依頼書

令和 年 月 日

東京医科歯科大学附属病院 保険医療機関
所在地及び名称
開設者氏名
電話番号

〒113-8501 東京都文京区湯島1-3-1
再審査 欄に記入して下さい。

1	点数表	1次審査 2次審査	4次審査 5次審査	再審査 取下げ	再審査理由 取下げ理由	再審査結果 取下げ結果	再審査日 取下げ日	再審査回数 取下げ回数	再審査理由 取下げ理由
2	診療年月	診療年月	診療年月	診療年月	診療年月	診療年月	診療年月	診療年月	診療年月
3	診療科目	診療科目	診療科目	診療科目	診療科目	診療科目	診療科目	診療科目	診療科目
4	診療内容	診療内容	診療内容	診療内容	診療内容	診療内容	診療内容	診療内容	診療内容
5	請求金額	請求金額	請求金額	請求金額	請求金額	請求金額	請求金額	請求金額	請求金額
6	請求理由	請求理由	請求理由	請求理由	請求理由	請求理由	請求理由	請求理由	請求理由
7	請求者氏名	請求者氏名	請求者氏名	請求者氏名	請求者氏名	請求者氏名	請求者氏名	請求者氏名	請求者氏名
8	請求者住所	請求者住所	請求者住所	請求者住所	請求者住所	請求者住所	請求者住所	請求者住所	請求者住所
9	請求者電話番号	請求者電話番号	請求者電話番号	請求者電話番号	請求者電話番号	請求者電話番号	請求者電話番号	請求者電話番号	請求者電話番号
10	請求者メールアドレス	請求者メールアドレス	請求者メールアドレス	請求者メールアドレス	請求者メールアドレス	請求者メールアドレス	請求者メールアドレス	請求者メールアドレス	請求者メールアドレス

「再審査・取下げ依頼書」は、
・一次審査の結果に対する再審査依頼
・突合審査及び再審査の結果に対する再審査依頼
・貴院の請求誤り等での取下げ依頼
にご使用ください。

「再審査・取下げ依頼書」は、対象となるレセプト1件ごとに作成し、国保連合会に提出してください。

なお、再請求のレセプトには再審査・取下げ依頼書を添付する必要はありません。

<再審査・取下げ依頼書の記載要領>

様式上部の『下記理由により・・・』の文中における「再審査」又は「取下げ」については、そのいずれかが該当するものに○印を付してください。

- 1 「点数表」欄は、該当の番号に○を付してください。
「医療機関等コード」欄は、7桁(地区番号以下の数字)を記入。
調剤薬局は「薬局コード」を「医療機関等コード」欄に記入。
「旧総合病院診療科」欄は、医療法の一部を改正する法律(平成9年法律第125号)による改正前の医療法(昭和23年法律第205号)第4条の規定による承認を受けている病院である保険医療機関のみ当該診療科名を記入。
- 2 「診療年月」欄は、診療(調剤・看護療養)を行った年月を記入。
「請求(調整)年月」欄は、国保連合会へ当初請求した年月(通常は診療等年月の翌月)を記入。
「明細書種類」欄は、該当の番号に○を付してください。
「再審査等対象種別」欄は、一次審査の結果に対する再審査依頼の場合は「一次審査」、突合審査の結果に対する再審査依頼の場合は「突合審査」、再審査の結果に対する再審査依頼は「再審査」の該当番号に○を付してください。【取下げ依頼は記入不要】

- 3 「**処方せんを調剤した保険薬局**」欄は、再審査等対象種別が突合審査のとき、過誤・再審査結果通知書に記載されている薬局コード・名称を分ける範囲で記入してください。なお、(府県)については、薬局の所在地が他府県のときに記入してください。【取下げ依頼は記入不要】
- 4 「**保険者番号**」欄は、国保(退職)及び後期高齢者医療の保険者番号を記入。
「**記号・番号**」欄は、国保(退職)は記号・番号、後期高齢者医療は番号(8桁)を記入。
- 5 「**公費負担者番号**」欄は、公費負担医療証又は医療券の負担者番号を記入。
※公費が二種類以上の場合、第一公費のみ記入してください。
「**受給者番号**」欄は、公費負担医療証又は医療券の受給者番号を記入。
- 6 「**患者氏名**」欄は、姓名を記入のうえ判読困難と思われる場合のみフリガナを記入。
「**生年月日**」欄は、該当する元号に○を付け生年月日を記入。
- 7 「**請求点数(金額)**」欄は、**当初請求した合計点数を記入。訪問看護ステーションは当初請求した合計金額を記入。**
「**院外処方せん発行の有無**」欄は、該当の番号に○を付けてください。【取下げ依頼は記入不要】
- 8 「**減点点数(金額)**」・「**減点事由及び箇所**」・「**減点内容**」欄について【取下げ依頼は記入不要】
(1)一次審査の結果に対する再審査依頼の場合は、増減点・返戻通知書の記載内容を記入。
(2)突合審査及び再審査の結果に対する再審査依頼の場合は、過誤・再審査結果通知書の内容をそれぞれの項目ごとに記入。
- 9 「**取下げ依頼の理由**」欄は、依頼の理由を選択し○印をしてください。
調剤薬局において、取下げ対象の患者が一月の中で複数医療機関に受診し、その月の請求が2枚以上あった場合は、「10.その他(理由)」に取下げの対象となる処方箋発行医療機関名及び医療機関等コードを記入してください。
- 10 「**再審査依頼の理由**」欄は、依頼の理由を記入してください。
- 【**再審査依頼についてのお願い**】
- 1 資料の添付
(1)「一次審査」の場合:該当明細書(控)、増減点・返戻通知書(写)
(2)「突合審査」及び「再審査」の場合:該当明細書(控)、過誤・再審査結果通知書(写)
- 2 再審査の項目が多数ある場合、「9」減点内容」欄及び「10」再審査依頼の理由」欄に記入しきれない時は、適宜用紙を添付するなどにより対応してください。【※病名の欠落、記載誤り等による減点査定分は、再審査依頼の対象となりませんのでご注意ください。】

【お問い合わせ先】

再審査依頼：審査第1部審査共助管理課(03-6238-0277)

取下げ依頼：審査第2部進行調整課過誤調整係(03-6238-0330)

- ◆ 「再審査・取下げ依頼書」はホームページからダウンロードできます <https://www.tokyo-kokuhoren.or.jp>
HOME>保険医療機関等・柔整施術所の皆様>診療(調剤)報酬明細書等再審査・取下げ依頼関係はこちら>再審査・取下げ依頼要領等について

オンライン請求システムによる「再審査・取下げ依頼」の受付について

- ◆対象機関:**オンライン請求**を実施している保険医療機関
- ◆対象データ:**前月までに請求・決定**されたレセプト
(当月請求したレセプトについては、従来どおり紙の依頼書でご提出ください)
- ◆申し出可能期間:**毎月5日～月末まで**(オンライン請求システム利用可能期間内)
※再審査・取下げ依頼の操作手順については、オンライン請求システム内に掲載している以下のマニュアルをご参照ください。
- ◆操作手順:操作手順書<医療機関・薬局用>医療機関再審査等請求ファイル作成ツール

【お問い合わせ先】

システム管理部 システム管理課 レセプト電算係 03-6238-0456

令和元年度 保険医療事務講習会テキスト

- [編集] 公益社団法人 東京都医師会
東京都福祉保健局
社会保険診療報酬支払基金東京支部
東京都国民健康保険団体連合会
- [発行] 公益社団法人 東京都医師会
〒101-8328
東京都千代田神田駿河台 2-5
電話番号 03 (3294) 8821 (代表)

無断転用・転載を禁じます