

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 誤り箇所を抹消もれ（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 円/1 検索：910000000

診療報酬明細書 (医科入院外) 番号：13

公費負担者番号及び受給者番号を抹消願います。

「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①	1213****	公費②	1234567	保険者番号	0613****	給付割合	
公費③		公費④		記号・番号	123 4567		

(中略)

公費の実日数を抹消願います。

公費に係る請求点数及び一部負担金を抹消願います。

診療報酬の給付	請求	一部負担金額	診療日数
①	1,000 点	1,000 円	4 日
②	1,000 点	1,000 円	4 日
③		2,000 円	

※高額療養費 ※公費負担率① ※公費負担率②

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

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

保険者番号	06139999 0118****	給付割合
記号・番号	128 888・9999 4567	

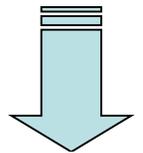
(中略)

医療保険の記号・番号を訂正願います。

診療報酬の給付①	請求 1,000 点	※決定 1,000 点	一部負担金額 円
給付②	点	点	円
	点	点	円

※高額療養費 ※公費負担点① ※公費負担点②

【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：00000000 1116
 氏名：〇〇 〇〇 06139999 888・9999
 公費①【 保険【~~0118****~~】 記号番号【~~128~~4567】 医科・社保・1単・家外

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				1	1	500	請求書1枚目				
医保 単独 (本人)	01	(協会)									
	02	(船)	職務上								
			職務外								
	03	(日)									
	04	(日特)									
	31~34	(共)	下船3月								
			一般								
	06	(組)		1	1	500					
07	(自)										
63・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				1	1	500	請求書1枚目				
医保 単独 (本人)	01	(協会)									
	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)										
63・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				1	1	1000	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。

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)》

《事務用返戻付せん》

《審査委員会用返戻付せん》

紙レセプトの場合 **サイズB5**

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)》

《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A4**

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。

《「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。

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。

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

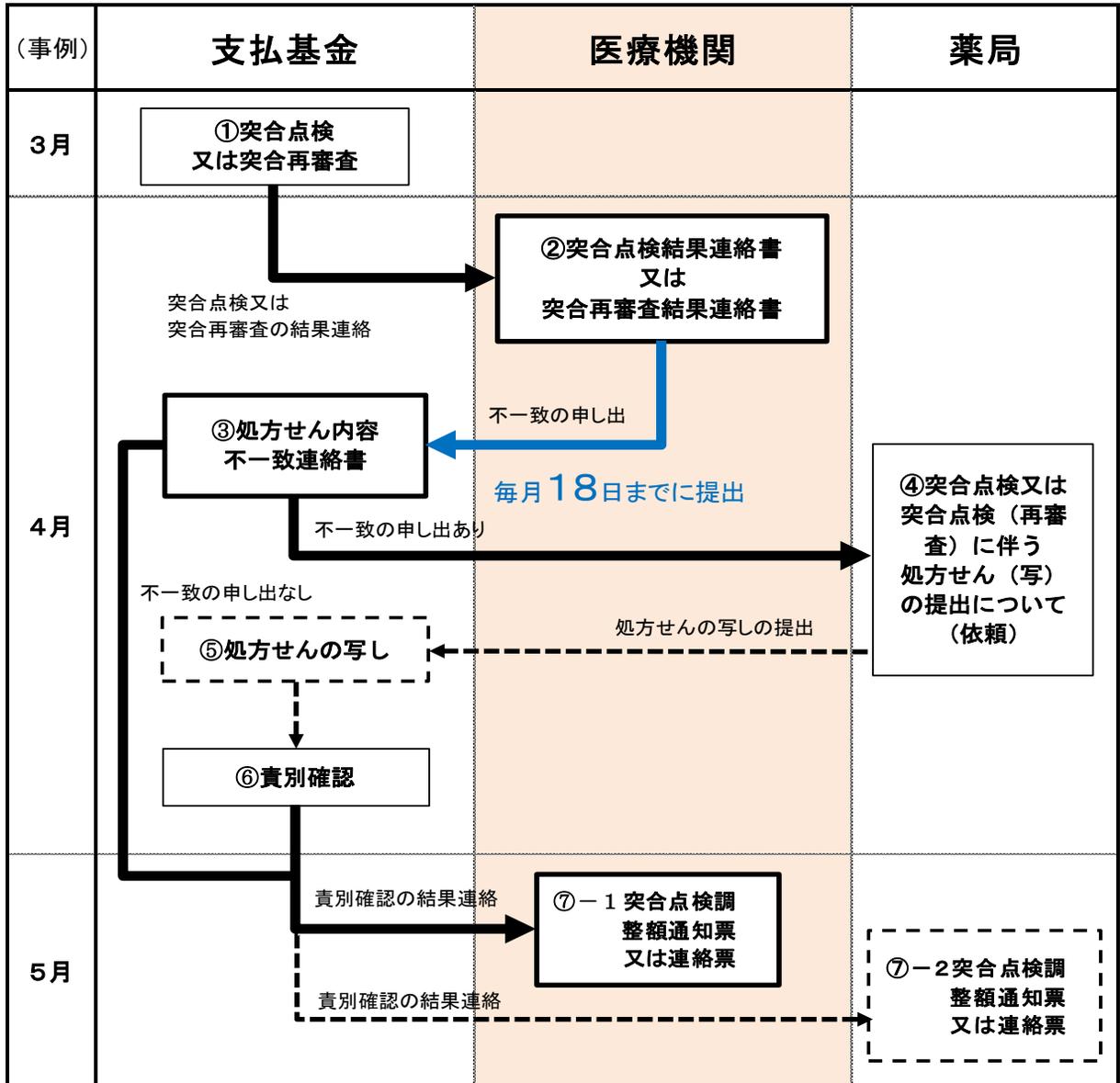
突合点検による査定による減額分は、当月請求分に係る支払額から調整を行わずに、診療報酬及び調剤報酬を支払います。

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)

(機械様式第120号の1)

医療機関コード _____ 令和 年 月 分 突 合 点 検 結 果 連 絡 書 _____ ページ _____
 医療機関名 _____ 御中 _____ (兼 処方せん内容不一致連絡書) _____

社会保険診療報酬支払基金 支部 _____

診療年月 受付番号 レセプト番号 診療科 1	保険者 番号等	区分 氏名 カルテ番号	調整金額		増減点数(金額)		事由	処方 月日 調剤 月日	負担	請求内容	負担	補正・査定後内容	薬局コード	
			法別	金額	法別	点数 (金額)								
1234-56,789,100 000,005	06*****	本外 基金 一部 12345678901234567890	06	-700	06	-100	A	0412 0412	1	A剤 100mg 10錠 B剤 10mg 2錠 20×10 薬剤料 200		白錠 10mg 2錠 10×10 薬剤料 100	東京都 9876543 支払薬局 03-1234-5678	
<p>交付した処方せんの内容と相違する場合、該当箇所を○で囲み申し出されるようお願いいたします。</p>														
<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部に印字されております。</p>														
												合計調整金額		-700

注 保険者番号等欄の「42・13・6010」は、700錠以内の処方箋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。

【突合点検結果について】

- ・ 貴院から請求されたレセプトと処方箋に基づき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」欄の医薬品等が食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18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願います。
- ・ 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整先(貴院又は保険薬局)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、翌月の支払時に食院の診療報酬から調整させていただきます。

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 (継承前) 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	調整支給額 回数 基準額 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 S55. 9.20 123456789		-2,100 -300			【薬局コード】78-54321 【所在地】〇〇〇 【名称】〇〇〇薬局 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	合計調整支給金額	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例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 (継承前) 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	調整支給額 回数 基準額 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 S55. 9.20 123456789		-2,100 -300			【薬局コード】78-54321 【所在地】〇〇〇 【名称】〇〇〇薬局 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	合計調整支給金額	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例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。

診療年月区分		保険者番号 (継承前) 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	調整支給額 回数 基準額 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 S55. 9.20 123456789		-2,100 -300			【薬局コード】78-54321 【所在地】〇〇〇 【名称】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。 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> <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分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	合計調整支給金額	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例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請求されたものです。					
2	-3,864	0						

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、令和2年3月診療分までは3年間、令和2年4月診療分からは原則5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）局への届出が受理後、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

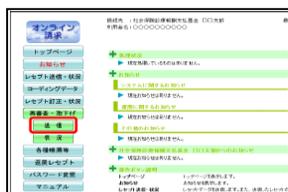
再審査等請求ファイルの送信

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

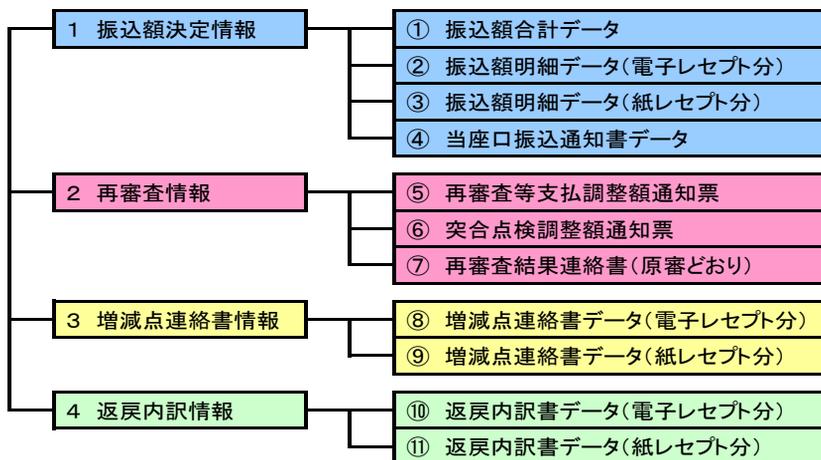
過去の月の振込額明細データのダウンロードができます。
 振込額明細データのExcel版を作成する場合は作成ボタンをクリックして下さい。

項番	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XX年4月	XXXX/5/20 12:00	ダウンロード	ダウンロード
2	平成XX年9月	XXXX/4/20 12:00	ダウンロード	ダウンロード
3	平成XX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31年度の保険者からの資格関係誤り返戻レセプトは24.6万件

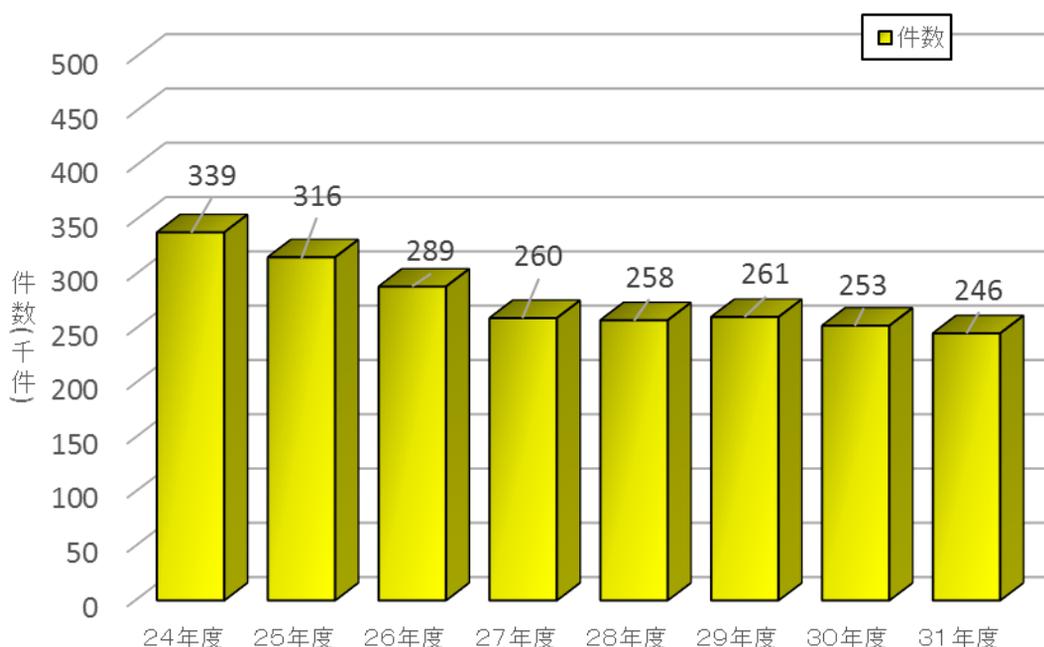
支払基金東京支部における平成31年度の資格関係誤りレセプトの発生状況は、件数が24.6万件となっております。

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。