



福岡医発第167号(保)
平成15年4月18日

各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会
会長 関 原



福岡県社会保険診療報酬支払基金における再審査等請求関係帳票等
における一部負担金の桁数の変更について

レセプトに記載される一部負担金につきましては、平成14年10月の健康保険法等の一部改正に伴い6桁となるケースが発生することとなりましたが、福岡県社会保険診療報酬支払基金では、保険医療機関等において、再審査等請求の際に作成する再審査等請求書については、その在庫の状況から当分の間は、従来どおり5桁の取扱いを変更せず、6桁の場合は記入(記録)しない取扱いとなっております。

今般、支払基金では、平成15年度の再審査等請求書の調達にあたり、一部負担金欄を6桁まで対応することとし、変更帳票及び実施時期について、下記のとおりとする旨、別紙のとおり通知がありましたのでお知らせいたします。

なお、

- 1) 現行帳票であっても、支障ありません。
- 2) 各医療機関へは、支払基金より別途直接通知されます。

記

1. 変更帳票

再審査等請求書(OCR帳票).....資料 1
再審査等請求書(手書き用).....資料 2

2. 実施時期

本年5月以降に支払基金支部に再審査請求を行なうものから実施します。

3. その他

1) 本年5月以降の取扱い

再審査等請求書(OCR帳票)につきましては、5桁未満の場合は全く支障がありませんので、現行様式の在庫処分を優先し使用願います。

2) 本年4月に新規帳票を使用する場合.....資料 3

現行帳票の在庫がなく新規帳票により再審査等請求を行う場合、一部負担金欄は、左1桁を空欄とし2桁目から記入願います。



福基調発第 3 号

平成 15 年 4 月 3 日

福岡県医師会

会長 関 原 敬 次 郎 殿

福岡県社会保険診療報酬支払基金

幹 事 長 高 信 啓 次



再審査等請求関係帳票等における一部負担金
の桁数の変更について

平素、基金の業務運営に格別のご高配を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、レセプトに記載される一部負担金につきましては、平成 14 年 10 月の健康保険法等の一部改正に伴い 6 桁となるケースが発生することとなりましたが、保険医療機関等において、再審査等請求の際に作成する再審査等請求書については、その在庫の状況から当分の間は、従来どおり 5 桁の取扱いを変更せず、6 桁の場合は記入（記録）しない取扱いとしてきたところであります。

今般、平成 15 年度の再審査等請求書の調達に当たり、一部負担金を 6 桁まで対応することといたしました。

つきましては、変更帳票及び実施時期等について、下記のとおりといたしますので、ご理解・ご協力をお願い申し上げます。

なお、現行帳票の使用であっても、支障はありませんので申し添えます。

おって、各保険医療機関には別途連絡しますので併せて申し添えます。

記

1 変更帳票

再審査等請求書（OCR 帳票）・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P 1

再審査等請求書（手書き用）・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P 2

2 実施時期

本年 5 月以降に支払基金支部に再審査請求を行うものから実施します。

3 その他

(1) 本年 5 月以降の取扱い

再審査等請求書（OCR 帳票）につきましては、5 桁未満の場合は全く支障がありませんので、現行様式の在庫分を優先し使用願います。

(2) 本年 4 月に新規帳票を使用する場合・・・・・・・・・・・・・・・・ P 3

現行帳票の在庫がなく新規帳票により再審査等請求を行う場合、一部負担金欄は、左 1 桁を空欄とし 2 桁目から記入願います。



再 審 査 等 請 求 書

平成 年 月 日

原簿種別
4 0

社会保険診療報酬支払基金 御中

保険医療機関等の
所在地及び
開設者氏名
電話番号

下記理由により、診療報酬等明細書を

1=再審査
2=取下げ

願います。

1	1=内科 3=歯科 点数表 4=調剤 5=施設 6=訪問	診療報酬 コード	旧総合病院 診療科
2	診療 年月	請求 (調剤) 年月	明細書 区分
3	再審査等対象種別が 調剤審査のとき、 相手方薬局	薬局のコード 所 薬局コード	薬局の名称
4	保険者番号	記号 番号	
5	公費負担者番号 市町村番号	受給者番号	
6	患者氏名 (カタカナ)	生 年 月 日	
7	請求点数 (金額)	薬剤一部 負担金	一部 負担金
8	食費療養 請求金額	標準 負担額	取下げ 理由

一部負担金欄を6桁に変更します。

請求理由

No.	結果	原簿理由	備考
1	復活・原簿		
2	復活・原簿		
3	復活・原簿		

基金 使用額	増減点	請求理由	整理	請求数	処理	診療科	再審査
-----------	-----	------	----	-----	----	-----	-----

入・外等区分コード 1=本人入院 2=本人外来 3=3歳未満入院 4=3歳未満外来 5=家族入院 6=家族外来
7=高齢者入院9割 8=高齢者外来9割 9=高齢者入院8割 0=高齢者入院8割

再 審 査 等 請 求 書

平成 年 月 日

社会保険診療報酬支払基金 御中

保険医療機関等の
所在地及び名称
開設者氏名
電話番号

下記理由により、診療報酬等明細書を
再審査
取下げ
願います。

1	点数表	1 医科 5 施設	3 歯科 6 訪問	4 調剤	医療機関等 コード					旧総合病院 診療科					
2	診療 年月	年 月	請求 (調整) 年 月	年 月	明細書 区分	1 単独 2 併用 3 老人保健	1=本人入院 2=本人入院外 3=3歳入院 4=3歳入院外 5=家族入院 6=家族入院外 7=入院9割 8=入院外9割 9=入院8割 0=入院外8割				再審査等 対象種別	1 一次審査 2 調剤審査 3 再審査			
3	再審査等対象種別 が調剤審査のとき、 「相手方薬局」		薬局コード				(府県)								
			薬局の名称												
4	保険者番号						記号・番号								
5	公費負担者番号 市町村番号						受給者番号								
6	フリガナ						生 年 月 日				写の有無				
	患者氏名						1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 年 月 日				1 2 有 ・ 無				
7	請求点数 (金額)		点(円)		薬剤一部 負担金		円		一部 負担金		円				
	食事療養 請求金額		円		標準 負担額		円		取下げ 理由						
8	No.	減点点数 (金額)		減点事由及び箇所		減 点 内 容									
	①	点(円)				一部負担金欄を6桁まで 対応します。									
	②														
	③														

請求理由

再審査の結果、下記のとおり決定します。

No.	結 果	原審理由	摘要
1	復活・原審		
2	復活・原審		
3	復活・原審		

備 考

基 金
使 用 欄

増 減 点

請求理由	責任	請求数	処置	診療科	再審査

本年4月に新規帳票を使用する場合の記入例

再 審 査 等 請 求 書

平成 年 月 日

療養費別
4 0

社会保険診療報酬支払基金 御中

保険医療機関等の
所在地及び
開設者氏名
電話番号

下記理由により、診療報酬等明細書を

1=再審査
2=取下げ

願います。

1	1=内科 3=歯科 点数表 4=調剤 5=施設 6=訪問	医療機関 コード	旧総合病院 診療科
2	診療 年月	請求 (調剤) 年月	明細書 区分
3	再審査等対象種別が 調剤審査のとき 相手方薬局	薬局のコード 県	薬局コード
4	記号 番号	記号 番号	
5	公費負担者番号 市町村番号	受給者番号	
6	患者氏名 (カタカナ)	姓と名の間は1桁空け、漢点・半漢点は 1文字として記入してください。	
7	請求点数 (金額)	薬剤一部 負担金	一部 負担金
8	No.	減点事由及び箇所	減点内
	①		
	②		
	③		
請求理由			
再審査の結果、下記の通り決定します。			
No.	結果	請求理由	備考
1	復活・戻審		
2	復活・戻審		
3	復活・戻審		
基金 使用額			
増減点			
請求理由 整理 請求数 処理 診療科 再審査			

入・外等区分コード 1=本人入院 2=本人外来 3=3歳未満入院 4=3歳未満外来 5=家族入院 6=家族外来
7=高齢者入院9割 8=高齢者外来9割 9=高齢者入院R割 0=高齢者入院R割