



福岡医発第766号(地)
平成22年 7月 2日

各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会
会 長 松田 峻一良
(公印省略)

オンラインによる再審査等請求の取扱いについて

今般、社会保険診療報酬支払基金福岡支部より、平成22年7月から電子レセプトをオンラインで受領している保険者及び実施機関（以下「オンライン保険者等」という。）からのオンラインによる再審査等請求の受付を開始した旨、別紙1のとおり通知が参りましたのでご連絡いたします。

これに伴い、電子レセプトをオンラインで請求している保険医療機関及び保険薬局（以下「オンライン医療機関等」という。）については、オンライン保険者等からの再審査等請求が電子レセプトによる場合、本年8月返戻分から再審査等に係る返戻レセプトについてはオンライン請求システムにより返戻されることとなっております。

つきましては、貴会におかれましても本件にご了知いただきますようお願い申し上げます。

なお、

- 1) 保険医療機関に対しましては、7月5日に返戻通知書と併せ、別紙2のとおり直接通知がなされます。
- 2) 返戻に際しましては、出力紙レセプトも併せて返戻されることとなっておりますが、再請求される際は、オンライン又は紙レセプトのいずれか一方での請求となります。
- 3) オンライン医療機関等からの再審査等請求は、オンライン医療機関等の選択により「オンラインによる請求」又は「紙の再審査等請求書による請求」が可能となっております。
- 4) 具体的な取扱いにつきましては、別紙3「オンラインによる再審査等請求の取扱い」をご参照下さい。

平成 2 2 年 6 月 3 0 日

福岡県医師会 御中

社会保険診療報酬支払基金福岡支部

オンラインによる再審査等請求の取扱いについて（お知らせ）

平素は、支払基金の事業運営に格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、支払基金では、平成 2 2 年 7 月から電子レセプトをオンラインで受領している保険者及び実施機関（以下「オンライン保険者等」という。）からのオンラインによる再審査等請求の受付を開始します。

これに伴い、電子レセプトをオンラインで請求している保険医療機関及び保険薬局（以下「オンライン医療機関等」という。）については、オンライン保険者等からの再審査等請求が電子レセプトによる場合、本年 8 月返戻分から再審査等に係る返戻レセプトをオンライン請求システムにより返戻することとします。

また、出力紙レセプトも併せて返戻しますので、再請求される際は、オンライン又は紙レセプトのいずれか一方での請求となります。

つきましては、オンラインによる再審査等請求の取り扱いについて、別紙のとおりとなりますので、お知らせいたします。

なお、本件につきましては、支払基金から各保険医療機関等へお知らせいたしますことを申し添えます。

本件に関する問合せ先

〒812-8532

福岡市博多区美野島 1 丁目 1 番 8 号

社会保険診療報酬支払基金福岡支部

企画調整課 正永・森山

TEL. 092-473-6611 （内線 511・512）

平成 22 年 6 月 30 日

保険医療機関（薬局） 各位

社会保険診療報酬支払基金福岡支部

オンラインによる再審査等請求の取扱いについて（お知らせ）

平素は、支払基金の事業運営に格別のご理解とご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、支払基金では、平成 22 年 7 月から電子レセプトをオンラインで受領している保険者及び実施機関（以下「オンライン保険者等」という。）からのオンラインによる再審査等請求の受付を開始します。

これに伴い、電子レセプトをオンラインで請求している保険医療機関及び保険薬局（以下「オンライン医療機関等」という。）については、オンライン保険者等からの再審査等請求が電子レセプトによる場合、本年 8 月返戻分から再審査等に係る返戻レセプトをオンライン請求システムにより返戻することとします。

また、出力紙レセプトも併せて返戻しますので、再請求される際は、オンライン又は紙レセプトのいずれか一方での請求となります。

つきましては、オンラインによる再審査等請求の取り扱いについて、別紙のとおりとなりますので、お知らせいたします。

本件に関する問合せ先

〒812-8532

福岡市博多区美野島 1 丁目 1 番 8 号

社会保険診療報酬支払基金福岡支部

企画調整課 正永・森山

TEL. 092-473-6611 （内線 511・512）

別紙

オンラインによる再審査等請求の取扱い

第1 オンラインによる再審査等請求に係る返戻

1 電子レセプトによる返戻

- (1) 資格関係等を理由にオンライン保険者等から返戻された電子レセプトは、オンラインで請求している保険医療機関等に対して、「オンラインによる一次請求返戻ファイル及び再審査等返戻ファイル並びに再請求ファイルに係る記録条件仕様（医科用）（D P C 用）（歯科用）（調剤用）」（支払基金ホームページ（<http://www.ssk.or.jp/>）の「レセプト電算処理システム」欄に掲載予定）に基づき記録し、オンライン請求システムにより返戻します。
- (2) 前(1)による電子レセプトは、原則、毎月5（～8）日頃から25日までの間、ダウンロードすることが出来ます。

2 紙レセプトによる返戻

前1の電子レセプトによる返戻に併せて、支払基金において紙レセプトを出力し、他の返戻レセプト等の発送に併せて送付いたします。

なお、出力紙レセプトに添付する再審査等請求内訳票は、別添1～別添1－3のとおりです。

第2 再審査等に係る返戻レセプトの再請求

再審査等返戻レセプトの再請求を行う場合は、電子レセプト又は出力紙レセプトの何れか一方での請求となります。

第3 再審査等関係帳票の変更

- 1 オンライン保険者等からの再審査等請求が電子レセプトによる場合は、平成22年9月送付分から次のとおり変更します。

(1) 再審査等支払調整額通知票

医療機関（診療科）単位の編集とします。（別添2～別添2－2参照）

(2) 診療報酬相殺通知書

医療機関（診療科）単位の編集とします。（別添3～別添3－2参照）

- 2 保険者等からの再審査等請求が紙レセプトによる場合は、従来どおりの再審査等関係帳票の送付となります。

第4 オンライン医療機関等からの再審査等請求

- 1 これまでの紙の「再審査等請求書」による再審査等請求に加え、平成22年7月からオンライン請求システムからの再審査等請求を可能とします。

なお、平成 22 年 7 月 5 日（月）から請求の受付を開始します。

- 2 オンライン請求システムから再審査等請求を行う場合は、再審査等請求書の入力ツール（オンライン請求システムの「マニュアル」欄に平成 22 年 7 月 5 日（月）から掲載します。）をダウンロードして、再審査等請求データを作成し、オンライン請求システムにより送信します。
- 3 オンライン医療機関等からの再審査等請求は、オンライン医療機関等の選択により「オンラインによる請求」又は「紙の再審査等請求書による請求」で行うこととなります。

ページ番号：

再審査等請求内訳票（その1）資格関係等

保険者番号又は実施機関番号：

整理番号：

請求回数：

診療年月：

区分：

都道府県番号：

点数表番号：

医療機関コード：

記号：

番号：

患者氏名：

	保険者（負担者）番号	受給者番号	療養の給付	一部負担金	食事・生活療養	標準負担額
医保						
公1						
公2						
公3						
公4						

【再審査等請求】

【再審査等結果】

基金 使用欄	増減点	請求理由	責任	請求数	処理	診療科	再々審
	療養の給付一部負担金食事・生活療養標準負担額						
医保							
公1							
公2							
公3							
公4							

【オンライン請求医療機関の皆様へ】

本レセプトは別にオンラインで電子レセプトを送信していますので、オンラインにより再請求する場合は破棄願います。

ページ番号：

再審査等請求内訳票（その2）診療内容・事務上

保険者番号又は実施機関番号：

整理番号：

請求回数：

診療年月：

区分：

都道府県番号：

点数表番号：

医療機関コード：

記号：

番号：

患者氏名：

保険者（負担者）番号 受給者番号 療養の給付 一部負担金 食事・生活療養 標準負担額

医保

公1

公2

公3

公4

【再審査等請求】

【再審査等結果】

基金 使用欄	増減点	請求理由	責任	請求数	処理	診療科	再々審
	療養の給付 一部負担金 食事・生活療養 標準負担額						
	医保						
	公1						
	公2						
	公3						
	公4						

【オンライン請求医療機関の皆様へ】

本レセプトは別にオンラインで電子レセプトを送信していますので、オンラインにより再請求する場合は破棄願います。

ページ番号：

調剤報酬請求についての審査請求内訳票

保険者番号又は実施機関番号：

整理番号：

請求回数：

診療年月：

区分：

都道府県番号：

点数表番号：

医療機関コード：

記号：

番号：

患者氏名：

	保険者（負担者）番号	受給者番号	療養の給付	一部負担金	食事・生活療養	標準負担額
医 保						
公 1						
公 2						
公 3						
公 4						

【再審査等請求】

【再審査等結果】

基 金 使用欄	増減点 療養の給付 一部負担金 食事・生活療養 標準負担額	請求理由	責任	請求数	処理	診療科	再々審
医 保							
公 1							
公 2							
公 3							
公 4							

【オンライン請求医療機関の皆様へ】

本レセプトは別にオンラインで電子レセプトを送信していますので、オンラインにより再請求する場合は破棄願います。

再審査等支払調整額通知票（返戻分）

医療機関等コード：1234567
医療機関等名：〇〇〇〇〇〇病院 御中

点数表：1 診療科：サンプル診療科・サンプル1

〇〇〇〇社会保険診療報酬支払基金

平成22年 7月診療分において、下記のとおり再審査等に係る調整をしましたので通知いたします。

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 カルテ番号	生年月日 整理番号	療養の給付	食事・生活	日数 回数	調整金額 調整支給額	請求理由	備考
					点数 一部負担金	基準額 標準負担額				
2107 本 入	12345678 (23456789)		基金 太郎 12345678901234567890	S55.10.01 12345678901234567	-1,234		-2	-12,340	【継承前医療機関】23-45678 【請求理由】100060 診療内容に関するもの	
2107 本 入	34567890 (45678901)	1234567	基金 花子 23456789012345678901	S62.02.02 23456789012345678	-2,345	-300	-1	-23,450 -300	【請求理由】100060 診療内容に関するもの	
件数		合計調整金額		合計調整支給額		備考欄の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。				
2		-35,790		-300						

再審査等支払調整額通知票（補正・査定分）

医療機関等コード： 1 2 3 4 5 6 7
医療機関等名： ○○○○○○病院 御中

点数表： 1 診療科： サンプル診療科・サンプル 1

平成 2 2 年 7 月診療分において、下記のとおり再審査等に係る調整をしましたので通知いたします。 ○○○○社会保険診療報酬支払基金

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 カルテ番号 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 項目, 事由 (請求番号)	増減点内容		備考
						請求内容	補正・査定後内容	
2107 本 入	12345678 (23456789)	基金 太郎 12345678901234567890 S55. 10. 01 12345678901234567	-12, 340 -2 -1, 234			【継承前医療機関】 2 3 - - 4 5 6 7 8 サンプル A 2 0 × 7	サンプル診療行為 A 2 0 × 1	
2107 本 入	34567890 (45678901) 1234567	基金 花子 23456789012345678901 S62. 02. 02 23456789012345678	-23, 450 -2, 345	-300 -1 -300	-2, 345 01, K -¥300	サンプル B 1 2 3 × 7 ¥ 3 0 0	サンプル B 1 2 3 × 1 ¥ 0	
件数		合計調整金額	合計調整支給額	備考欄の数字は以下のとおりです。				
2		-35, 790	-300	1：保険者「4 2 - 1 3 - 6 0 1 0」は、7 0 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。				

診療報酬相殺通知書（返戻分）

医療機関等コード：1234567
医療機関等名：〇〇〇〇〇〇〇〇病院 御中

点数表：1 診療科：サンプル診療科・サンプル1

平成22年 7月診療分において、下記のとおり調剤審査に係る調整分について相殺しましたので通知いたします。 〇〇〇〇社会保険診療報酬支払基金

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 カルテ番号	生年月日 整理番号	療養の給付	食事・生活	日数 回数	調整金額 調整支給額	請求理由	備考
					点数 一部負担金	基準額 標準負担額				
2107 本 入	12345678 (23456789)		基金 太郎 12345678901234567890	S55. 10. 01 12345678901234567	-1, 234		-2	-12, 340	【継承前医療機関】 2345678 【請求理由】 100090 調剤審査時に添付するレセプト	
2107 本 入	34567890 (45678901)	1234567	基金 花子 23456789012345678901	S62. 02. 02 23456789012345678	-2, 345	-300	-1	-23, 750	【請求理由】 100090 調剤審査時に添付するレセプト	
件数		合計調整金額		合計調整支給額		備考欄の数字は以下のとおりです。				
2		-35, 790		-300		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。				

診療報酬相殺通知書（補正・査定分）

医療機関等コード： 1 2 3 4 5 6 7
医療機関等名： ○○○○○○病院 御中

点数表： 1 診療科： サンプル診療科・サンプル 1

○○○○社会保険診療報酬支払基金

平成 2 2 年 7 月診療分において、下記のとおり調剤審査に係る調整分について相殺しましたので通知いたします。

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 カルテ番号 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 項目, 事由 (請求番号)	増減点内容		備考
						請求内容	補正・査定後内容	
2107 本 入	12345678 (23456789)	基金 太郎 12345678901234567890 S55. 10. 01 12345678901234567	-12, 340			【継承前医療機関】 2 3－4 5 6 7 8		
			-1, 234		サンプル A 2 0 × 7	サンプル診療行為 A 2 0 × 1		
2107 本 入	34567890 (45678901) 1234567	基金 花子 23456789012345678901 S62. 02. 02 23456789012345678	-23, 450		-2, 345 01, K	サンプル B 1 2 3 × 7	サンプル B 1 2 3 × 1	-
			-2, 345		-Y300 Y 3 0 0	Y 0	-	
件数		合計調整金額	合計調整支給額	備考欄の数字は以下のとおりです。 1：保険者「4 2－1 3－6 0 1 0」は、7 0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。				
2		-35, 790	-300					