



福岡医発第2797号(地)

平成24年 3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)

再審査等支払調整額通知票に係る印字内容の変更について

支払基金から各保険医療機関へ送付されています再審査等支払調整額通知票の印字内容について、平成24年4月送付分より下記のとおり変更することとなった旨、社会保険診療報酬支払基金福岡支部より別紙のとおり通知がありましたのでご連絡申し上げます。

なお、各医療機関へは支払基金より別紙1のとおり直接通知されます。

記

1. 再審査等支払調整額通知票(補正・査定分)別紙2
(1) 帳票下部に、「本帳票に印字しているレセプトについては、保険者等から電子レセプトにより再審査請求されたものです。」を印字します。
(2) 増減点内容の「請求内容」欄に請求理由コード及び請求理由内容を印字します。
2. 再審査等支払調整額通知票(返戻分)別紙3
帳票下部に、「本帳票に印字されているレセプトについては、保険者等から電子レセプトにより再審査請求されたものです。」を印字します。

※別紙2, 3は各医療機関への通知には添付されません。

小郡三井医師会より

医療保険担当理事 山下拓郎
会長 蒲池 壽

事 務 連 絡
平成 24 年 2 月 28 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

再審査等支払調整額通知票に係る印字
内容の変更について（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、厚くお礼申し上げます。

さて、支払基金から各保険医療機関（保険薬局）へ送付しております再審査等支払調整額通知票の印字内容について、平成 24 年 4 月送付分から、下記のとおり変更することとしましたので、お知らせいたします。

なお、本件につきましては、当方から各保険医療機関（保険薬局）へお知らせいたしますことを申し添えます。

記

1 再審査等支払調整額通知票（補正・査定分）

- (1) 帳票下部に、「本帳票に印字しているレセプトについては、保険者等から電子レセプトにより再審査請求されたものです。」を印字します。
- (2) 増減点内容の「請求内容」欄に請求理由コード及び請求理由内容を印字します。

2 再審査等支払調整額通知票（返戻分）

帳票下部に、「本帳票に印字しているレセプトについては、保険者等から電子レセプトにより再審査請求されたものです。」を印字します。

事 務 連 絡
平成 24 年 3 月 5 日

保険医療機関 各位

社会保険診療報酬支払基金福岡支部

再審査等支払調整額通知票に係る印字
内容の変更について（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、厚くお礼申し上げます。

さて、支払基金から各保険医療機関（保険薬局）へ送付しております再審査等支払調整額通知票の印字内容について、平成 24 年 4 月送付分から、下記のとおり変更することとしましたので、お知らせいたします。

記

1 再審査等支払調整額通知票（補正・査定分）

- (1) 帳票下部に、「本帳票に印字しているレセプトについては、保険者等から電子レセプトにより再審査請求されたものです。」を印字します。
- (2) 増減点内容の「請求内容」欄に請求理由コード及び請求理由内容を印字します。

2 再審査等支払調整額通知票（返戻分）

帳票下部に、「本帳票に印字しているレセプトについては、保険者等から電子レセプトにより再審査請求されたものです。」を印字します。

本件に関するお問合せ先
企画調整課
迫、坂本
TEL. 092(473)6611（代）
（内線 511・512）

1. 補正・査定分

(1) 変更後 (印字イメージ)

再審査等支払調整額通知票 (補正・査定分)										ページ	1
医療機関等コード: 99-99999 医療機関等名: 医療法人 基金病院 御中 点数表: 1 診療科: 内科										社会保険診療報酬支払基金〇〇支部	
平成24年 2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	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				
2204 本 外	06132013	基金 太郎 KarteNo-JR_IA01 S23.03.24 13142205910001001	-385			【請求理由】100060 診療内容に関するもの					
			-55		21	フロモックス錠100mg 5錠 ダーゼン10mg錠 3錠	37× 5	フロモックス錠100mg 3錠 ダーゼン10mg錠 3錠	26× 5		
			-55			15, 569		15, 514			
「請求内容」欄の先頭に請求理由コードと 請求理由内容を印字する。 電子レセプトによる再審査等請求分を表 す文言を印字する。											
件数	合計調整金額	合計調整支給額	備考欄	以下のとおりです。 1: 70歳未満「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。							
1	-385	0	本帳票に印字しているレセプトについては、保険者等から電子レセプトにより再審査請求されたものです。								

2. 返戻分

(1) 変更後 (印字イメージ)

ページ 1

再審査等支払調整額通知票（返戻分）

医療機関等コード：99-99999
 医療機関等名：医療法人 基金病院

御中

点数表：1 診療科：内科

社会保険診療報酬支払基金〇〇支部

平成24年 2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				
2204 本 外	06132013		基金 次郎 KarteNo-JR_IA01	S23.03.24 13142205940001001	-2,163		-1	-15,141	【請求理由】100011 記号・番号の誤り	
電子レセプトによる再審査等請求分を表す文言を印字する。										
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	-15,141	0	1・保険者番号「142-13-6010」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。							

本帳票に印字しているレセプトについては、保険者等から電子レセプトにより再審査請求されたものです。