

福岡県医発第 3251 号 (地)
平成 27 年 3 月 5 日



各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会
会長 松田 峻一 良
(公印省略)

社会保険診療報酬支払基金突合点検調整額通知票等に係る
帳票サイズの変更等について

今般、社会保険診療報酬支払基金福岡支部より、保険医療機関宛に送付されております審査結果に関する通知票のうち、一部の帳票につきまして、平成 27 年 4 月送付分（2 月診療分）より帳票サイズを A5（単票形式）版から、医療機関（診療科）単位に作成する A4（連記方式）版に変更する旨、通知がありましたのでご連絡申し上げます。

なお、

- 1) 保険医療機関宛に対しましては、別添の文書が直接通知されますことを併せて申し添えます。
- 2) 詳細につきましては、下記の通りです。

記

1 突合点検関係帳票

次の帳票について、現在のレセプト単位に作成する A5（単票形式）版から、医療機関（診療科）単位に作成する A4（連記形式）版に変更されます。

- (1) 突合点検調整額通知票（機械様式第 120 号の 3・5）
- (2) 突合点検調整額連絡票（機械様式第 120 号の 8）

2 再審査等関係帳票

- (1) 再審査等支払調整額通知票（機械様式第 101 号）

現在、保険者等から電子レセプトにより再審査等請求された場合は、医療機関（診療科）単位に作成する A4（連記形式）版の帳票を保険医療機関宛に送付されております。

また、保険者等から紙レセプトにより再審査等請求された場合は、レセプト単位に作成する A5（単票形式）版の帳票を保険医療機関宛に送付されております。

これらの異なっている帳票サイズを医療機関（診療科）単位に作成する A4（連記形式）版に統一されます。

（２）突合再審査関係帳票

次の帳票について、前（１）と同様に帳票サイズを A4（連記形式）版に統一されます。

- ア 突合再審査結果連絡書（兼 処方せん内容不一致連絡書）（機械様式第 120 号の 1）
- イ 突合再審査調整額通知票（機械様式第 120 号の 2）
- ウ 突合点検調整額通知票【再審査】（機械様式第 120 号の 3・5）
- エ 突合点検調整額連絡票【再審査】（機械様式第 120 号の 8）

３ 返戻内訳書（機械様式第 20 号の 2）

現在使用していない「薬剤一部負担金」欄が削除されます。

４ 保険医療機関への広報

突合点検調整額通知票等の変更後の様式等については、平成 27 年 4 月 3 日に支払基金ホームページ（<http://www.ssk.or.jp/>）のトップページにある「医療機関・薬局の方」のサイトで詳細なお知らせがなされます。

なお、平成 27 年 4 月初めに保険医療機関に送付する広報誌（ブロック通信）にも掲載される予定です。

事 務 連 絡

平成 27 年 3 月 2 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

突合点検調整額通知票等に係る帳票サイズの変更等について

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、支払基金から保険医療機関あてに送付しています審査結果に関する通知票等のうち、一部の帳票につきまして、平成 27 年 4 月送付分（2 月診療分）から帳票サイズを変更することといたします。

つきましては、保険医療機関あてに別添の文書をもってお知らせすることとしますので、特段のご配意を賜りますようお願い申し上げます。



事 務 連 絡

平成 27 年 3 月 4 日

保険医療機関 御中

社会保険診療報酬支払基金福岡支部

突合点検調整額通知票等に係る帳票サイズの変更等について

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、支払基金から送付しています審査結果に関する通知票等のうち、下記の帳票につきましては、平成 27 年 4 月送付分（2 月診療分）から帳票サイズの変更等を行うこととしますのでお知らせいたします。

記

1 突合点検関係帳票

次の帳票について、現在のレセプト単位に作成する A 5（単票形式）版から、医療機関（診療科）単位に作成する A 4（連記形式）版に変更します。

- (1) 突合点検調整額通知票（機械様式第 120 号の 3・5）
- (2) 突合点検調整額連絡票（機械様式第 120 号の 8）

2 再審査等関係帳票

- (1) 再審査等支払調整額通知票（機械様式第 101 号）

現在、保険者等から電子レセプトにより再審査等請求された場合は、医療機関（診療科）単位に作成する A 4（連記形式）版の帳票を保険医療機関あてに送付しています。

また、保険者等から紙レセプトにより再審査等請求された場合は、レセプト単位に作成する A 5（単票形式）版の帳票を保険医療機関あてに送付しています。

これらの異なっている帳票サイズを医療機関（診療科）単位に作成する A 4（連記形式）版に統一します。

- (2) 突合再審査関係帳票

次の帳票について、前(1)と同様に帳票サイズを A 4（連記形式）版に統一します。

ア 突合再審査結果連絡書(兼 処方せん内容不一致連絡書)(機械様式第 120 号の 1)

イ 突合再審査調整額通知票(機械様式第 120 号の 2)

ウ 突合点検調整額通知票【再審査】(機械様式第 120 号の 3・5)

エ 突合点検調整額連絡票【再審査】(機械様式第 120 号の 8)

3 返戻内訳書(機械様式第 20 号の 2)

現在使用していない「薬剤一部負担金」欄を削除します。

4 保険医療機関への広報

突合点検調整額通知票等の変更後の様式等については、平成 27 年 4 月 3 日に支払基金ホームページ(<http://www.ssk.or.jp/>)のトップページにある「医療機関・薬局の方」のサイトで詳しくお知らせします。

なお、平成 27 年 4 月初めに保険医療機関に送付する広報誌(ブロック通信)にも掲載します。

本件に関する問い合わせ先

社会保険診療報酬支払基金福岡支部

調整課 山田・松本(内線 511・512)

ダイヤルイン

092-473-6616

TEL 092-473-6611

FAX 092-477-3110

再審査等支払調整額通知票(機械様式第101号)

現行 (H27.3月送付(1月診療)分まで)

サイズ:A5(148×210)

再審査等支払調整額通知票

医療機関等コード 1 2 - 3 4 5 6 7 点数表 1 診療科

医療機関等名 支払基金病院 御中

社会保険診療報酬支払基金〇〇〇支部

平成 〇〇 年 〇〇 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。

保険者 06-13-****	調整金額	件数	日数 (回数)	点数	一部負担金
区分 本外 診療年月 〇〇.〇〇	-1,050			-150	
患者氏名 基金 太郎	療養費				
	食事・生活				

事由及び箇所 請求理由 : 6 0 診療内容に関するもの

番号	項目	事由	増減点	増減点内容
2 1	B		-150	〇〇錠 2錠 30×10 → 15×10

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。

整理番号 : - - - - - XX (-) ZZZZZZ (/)



変更後 (H27.4月送付(2月診療)分から)

サイズ:A4(210×297)

(機械様式第101号)

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: 1 2 - 3 4 5 6 7

医療機関等名 : 支払基金病院 御中

社会保険診療報酬支払基金〇〇〇支部

点数表: 1 診療科: 〇〇〇

平成 〇〇 年 〇〇 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 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 555. 9.20 123456789	-1,050 -150		-150 21 B	【請求理由】6 0 診療内容に関するもの 〇〇錠 2錠 30×10 → 15×10	K
2610 本外	0613****	基金 花子 560. 8.16 9876543210	-700 -100		-100 21 B	【請求理由】6 0 診療内容に関するもの 〇〇錠 2錠 20×10 → 10×10	K

医療機関、薬局、ステーション単位に作成するA4(連記形式)版に変更する。

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。 2: 返還金控除分を表示しています。 K: 紙レセプトにより再審査請求されたものです。
2	1,750	0	

突合点検調整額通知票(医療機関)(機械様式第120号の3)及び
突合点検調整額通知票(医療機関)【再審査】(機械様式第120号の3)

現行 (H27.3月送付(1月診療)分まで)

サイズ:A5(148×210)

(機械様式第120号の3)		突合点検調整額通知票(医療機関)		【再審査】		突合再審査の場合、【再審査】と印字	
医療機関コード 12,3456,7		点数表 1 診療科					
医療機関名 支払基金病院 御中						社会保険診療報酬支払基金 ○○○支部	
下記の突合点検等に係る減点内容について、平成 年 月診療分において、減点分に係る費用を貴保険医療機関から調整しましたので通知いたします。							
保険者 06-13-0000		調整金額		件数	日数	点数	一部負担金
区分 2 診療年月 00.00 受給者番号		療養費 -△△△				-△△	
患者氏名							
薬局コード 01-41234							
所在地 東京都港区新橋9丁目99-999							
名称 基金薬局○○店							
事由及び箇所		増減点内容					
番号	項目	事由	増減点				
	21	A	-△△	○○錠10mg 3錠 → 0錠 △△×△△→△△×△△			
整理番号 :							

変更後 (H27.4月送付(2月診療)分から)

サイズ:A4(210×297)

(機械様式第120号の3)		突合点検調整額通知票(医療機関)		【再審査】		突合再審査の場合、【再審査】と印字		1
医療機関コード: 12-34567		医療機関名: 支払基金病院 御中						社会保険診療報酬支払基金 ○○○支部
点数表: 1 診療科: ○○○								
下記の突合点検等に係る減点内容について、平成 00 年 00 月診療分において、減点分に係る費用を貴保険医療機関から調整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 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 555. 9.20 123456789	-2,100 -300			【薬局コード】78-5432 【所在地】○○○ 【名 称】○○○薬局		K
医療機関(診療科)単位に作成するA4(連記形式)版に変更する。								
2609 本 外	0613****	基金 花子 560. 8.16 9876543210	-1,764 -252			【薬局コード】12-4321 【所在地】○○○ 【名 称】○○○薬局		K
					-252 21 A	○○錠 4錠 12×21 → 0		
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。		
2		-3,864		0		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。		