



福岡医発第 3014 号 (地)
平成 30 年 3 月 3 日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会長 松 田 峻一良
(公 印 省 略)

紙レセプトによる再審査等請求に係る適正な管理の取組みについて

さて、社会保険診療報酬支払基金福岡支部（以下、支払基金）においては、保険医療機関からの再審査請求があった場合、保険者から支払基金に対し、紙レセプト等が提出されております。

今般、提出された紙レセプトのうち、処理に時間を要する紙レセプトの管理について、支払基金内におけるレセプトの所在や処理遅延の状況等を適性かつ効率的に管理することを目的に、QRコードを活用してデータベース化する仕組みが導入され、今月から実施される旨、別添のとおり支払基金より通知がありました。

これに伴い、再審査等処理の結果、保険医療機関に返戻することとなったレセプトについて、別添別紙のとおり再審査等請求内訳票にQRコードシールが貼付されている場合がありますが、当該QRコードシールについては、支払基金の処理においてのみ使用されますので、保険医療機関においては、現行の取扱いに変更はありません。

つきましては、本件に関し、貴会会員への周知方よろしくお願い申し上げます。

小郡三井医師会より

医療保険担当理事 山下拓郎
会長 白石恒明

重 要 性 分 類 Ⅲ
事 務 連 絡
平成 30 年 2 月 27 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

紙レセプトによる再審査等請求に係る適正な管理の取組みについて

平素は、支払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、診療報酬の再審査等請求に関して、保険者から支払基金に対して紙レセプトにより提出されたもののうち、処理に時間を要する紙レセプトの管理については、支払基金内におけるレセプトの所在や処理遅延の状況等を適正かつ効率的に管理することを目的に、QRコードを活用してデータベース化する仕組みを導入し、本年3月から実施することとしています。

つきましては、別添の文書をもって保険医療機関あて連絡することとしますので、ご理解と特段のご配慮を賜りますようお願い申し上げます。

なお、当該QRコードシールについては、支払基金の処理においてのみ使用しますので、保険医療機関につきましては、現行の取扱いに変更がないことを申し添えます。

【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

審査企画部 調整課 前野（内線560）

TEL（ダイヤル） 092-473-6616 + 560

（代 表） 092-473-6611



重 要 性 分 類 Ⅲ
事 務 連 絡
平 成 30 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

紙レセプトによる再審査等請求に係る適正な管理の取組みについて

平素は、支払基金の業務処理に格別のご理解とご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

今般、診療報酬の再審査等請求に関して、保険者から支払基金に対して紙レセプトにより提出されたもののうち、処理に時間を要する紙レセプトの管理については、支払基金内におけるレセプトの所在や処理遅延の状況等を適正かつ効率的に管理することを目的に、QRコードを活用してデータベース化する仕組みを導入し、本年3月から実施することとしています。

つきましては、再審査等処理の結果、保険医療機関の皆様に戻ることとなりますレセプトについて、別紙のとおり再審査等請求内訳票にQRコードシールが貼付されている場合もありますので、ご理解を賜りますようお願い申し上げます。

なお、当該QRコードシールについては、支払基金の処理においてのみ使用しますので、保険医療機関の皆様につきましては、現行の取扱いに変更がないことを申し添えます。

【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

審査企画部 調整課

TEL (ダイヤルイン) 092-473-6616 + 560～568

(代 表) 092-473-6611

再審査等請求内訳票へのQRコードシール貼付について(イメージ)

様式第901号の2

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 _____ 診療番 _____

該当箇所にシ印を付し、右側のOCR付せんの理由番号欄に項目番号を記入してください。

☐ 60 診療内容に関するもの	☐ 45 一部負担金の誤り	☐ 48 請求先変更（新設・合併等）
☐ 30 固定点数誤り	☐ 46 保険者番号欄の番号が他の	変更先保険者番号 _____
☐ 41 必要項目の記載もれ	保険者分であるもの	☐ 49 調剤審査の再審査
☐ 42 区分、生年、診療開始日の誤り	☐ 47 給付対象外傷病（適用外）	☐ 50 その他
☐ 43 実日数の誤り	継続承認	☐ 51 老人保健公費負担割合誤り
☐ 44 請求点数誤り（横計・縦計）	傷病名 _____	☐ 52 医療機関からの再審査請求による

（請求理由を具体的に記入ください。）

再審査の結果、下記のとおり決定します。

№	結 果	査定事由 原審理由	摘要
1	査定・原審		
2	査定・原審		
3	査定・原審		

※再審査結果について補足するときは、上欄に記載してあります。

 診療年月 2611 要理番号 00000004700323043 保険者番号 06139999 医療機関コード 1234567	基 金	増減点	請求理由	責任	請求数	処理	診療科	科長
	使 用 欄							

再審査等請求内訳票の余白（原則、左下部）にQRコードシールを貼付します。