1205
30.12.28

福県医発第2639号（地）
平成30年12月27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福岡支部からの当座口振込通知書等文書について

社会保険診療報酬支払基金福岡支部（以下、支払基金）より、保険医療機関宛に診療翌々月の月初に送付されている当座口振込通知書等の送付物につきまして、今般、保険医療機関からの照会内容を踏まえ、平成31年２月の送付分から、下記のとおり変更する旨、通知がありました。

つきましては、貴会におかれましたも本件に関しご了知いただくとともに、貴会会員への周知方よろしくお願い申し上げます。

記

（変更点）

１．「送付内訳書」の新規送付

○現　行：送付なし。

↓

○変更後：送付物を明確にするため、「送付内訳書」を新たに送付し、送付物は当該内訳書の印字どおりに組み合わせて送付。（別紙１）
なお、返戻レセプトは、各帳票に混入しないよう送付物の下部に取りまとめて送付。

２．「突合点検結果連絡書（兼　処方箋内容不一致連絡書）」の情報追加

○現　行：①「突合点検結果連絡書（兼　処方箋内容不一致連絡書）」（保険医療機関からの請求レセプトと処方箋に基づく調剤レセプトを照合した結果を記載）に、②「突合点検結果連絡書の内容における支払基金への不一致連絡の申出について」（保

険医療機関が発行した処方箋の内容が相違している場合に支払基金宛に連絡を依頼する文書）を添付して送付。（別紙２）

↓

◯変更後：②「突合点検結果連絡書の内容における支払基金への不一致連絡の申出について」の送付を取りやめ、①「突合点検結果連絡書（兼　処方箋内容不一致連絡書）」に②のお知らせ内容を印字し送付。（別紙３）

なお、③「突合再審査結果連絡書（兼　処方箋内容不一致連絡書）」（突合再審査の結果の連絡文書）についても、②のお知らせ内容を印字して送付。（別紙４）

３.「受付エラー連絡票」の印字内容追加　（※電子媒体で請求される保険医療機関が対象）

◯現　行：「受付エラー連絡票」（エラー内容及び受付件数をお知らせ）について、受付エラーがない場合、エラーメッセージ欄は空白で送付。

↓

◯変更後：エラーがないことが明確になるよう印字内容を追加し送付。（別紙５）

以上

重要性分類Ⅲ
事務連絡
平成31年1月4日

都道府県医師会　御中

社会保険診療報酬支払基金福岡支部

当座口振込通知書等の送付について

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宛て送付する当座口振込通知書等の送付物につきましては、診療翌々月の月初に送付しておりますが、保険医療機関から各送付物の内容等に係る照会が寄せられているところです。

今般、保険医療機関からの照会内容を踏まえ、平成31年2月の当座口振込通知書等の送付分から、「送付内訳書」の新規送付、「突合点検結果連絡書（兼　処方箋内容不一致連絡書）」の情報追加及び「受付エラー連絡票」の印字内容追加を実施することといたします。

つきましては、これら送付内容の変更について、別添の文書をもって保険医療機関宛て連絡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。

重 要 性 分 類 Ⅲ
事　　務　　連　　絡
平 成 31 年 1 月 4 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

当座口振込通知書等の送付について

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。

さて、支払基金から保険医療機関宛て送付する当座口振込通知書等の送付物につきましては、診療翌々月の月初に送付しておりますが、各送付物の内容等に係る照会が寄せられているところです。

今般、これら照会内容を踏まえ、平成 31 年 2 月の当座口振込通知書等の送付分から、下記のとおり送付内容を変更しますので、ご理解を賜りますようお願い申し上げます。

記

1　「送付内訳書」の新規送付（別紙１参照）

⑴　現行の取扱い

当座口振込通知書等の送付につきましては、「送付内訳書」を添付することなく、保険医療機関宛て送付しています。

⑵　変更後の取扱い

ア　当座口振込通知書等の送付物を明確にするため、「送付内訳書」を新たに送付します。

イ　「送付内訳書」の新規送付に伴い、当座口振込通知書等の送付物については、当該内訳書の印字どおりに組み合わせて送付します。

なお、返戻レセプトは、各帳票に混入しないよう送付物の下部に取りまとめて送付することとしますので、ご留意願います。

2　「突合点検結果連絡書（兼　処方箋内容不一致連絡書）」の情報追加（別紙２参照）

⑴　現行の取扱い

保険医療機関から請求されたレセプトと処方箋に基づく調剤レセプトを照合した結果をお知らせする「突合点検結果連絡書（兼　処方箋内容不一致

連絡書)」については、当該突合点検結果連絡書にてお知らせした内容と保険医療機関が発行した処方箋の内容が相違している場合に支払基金宛て連絡願いたい旨を記載した文書（「突合点検結果連絡書の内容における支払基金への不一致連絡の申出について」（別紙２参考資料））を添付して送付しています。

※　突合再審査の結果をお知らせする「突合再審査結果連絡書（兼　処方箋内容不一致連絡書)」についても同様の取扱いです。

(2)　変更後の取扱い

「突合点検結果連絡書の内容における支払基金への不一致連絡の申出について」（別紙２参考資料）の送付を取りやめ、「突合点検結果連絡書（兼　処方箋内容不一致連絡書)」に別紙２参考資料のお知らせ内容を印字し送付します。

なお、突合再審査の結果を連絡する「突合再審査結果連絡書（兼　処方箋内容不一致連絡書)」についても、別紙２参考資料と同様の内容を印字することとしますが、変更内容については、別紙３を参照願います。

3　「受付エラー連絡票」の印字内容追加（電子媒体で請求される保険医療機関が対象となります。）（別紙４参照）

(1)　現行の取扱い

電子媒体で請求される保険医療機関に対して、エラー内容及び受付件数をお知らせするため「受付エラー連絡票」を送付していますが、受付エラーがない場合、エラーメッセージ欄は空欄で送付しているところです。

(2)　変更後の取扱い

受付エラーがない保険医療機関分の「受付エラー連絡票」につきまして、エラーがないことが明確になるよう印字内容を追加します。

※　お問い合わせ先
社会保険診療報酬支払基金○○○支部
○○○○課　　（担当者名）
ＴＥＬ　○○○－○○○－○○○○

別　紙　1
重要性分類Ⅲ
別紙1

平成○○年○○月　送付内訳書

都道府県番号：９９　点数表番号：　９
医療機関コード：９９９９９９９

○○○○○○○○○○　　御中

社会保険診療報酬支払基金　○○　支部

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。
以下の書類等を送付いたしますので、ご査収の程よろしくお願い申し上げます。

送　付　内　容
当座口振込通知書（機械様式第８７号のＡ）
電子証明書発行・更新料領収証書（機械様式第８７号のＤ）
受付エラー連絡票（ＤＰＣ：コーディングデータ）
受付エラー連絡票（機械様式第５０１号）
連絡文書（機械様式第２０号の３）
返戻内訳書（機械様式第２０号の２）
増減点連絡書（機械様式第２０号の１）
通知分対象レセプト（写）
突合点検結果連絡書（兼　処方箋内容不一致連絡書）（機械様式第１２０号の１）
突合点検調整額通知票（医療機関）（機械様式第１２０号の３）
突合点検調整額通知票（医療機関）（機械様式第１２０号の５）
突合点検調整額連絡票（医療機関）（機械様式第１２０号の８）
再審査結果連絡書（原審どおり）（機械様式第９０８号）
再審査等支払調整額通知票（返戻分）（機械様式第１０１号）
再審査等支払調整額通知票（補正･査定分）（機械様式第１０１号）
突合再審査結果連絡書（兼　処方箋内容不一致連絡書）（機械様式第１２０号の１）
突合再審査調整額通知票（返戻分）（機械様式第１２０号の２）
突合再審査調整額通知票（補正・査定分）（機械様式第１２０号の２）
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）
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５）
突合点検調整額連絡票（医療機関）【再審査】（機械様式第１２０号の８）
出産育児一時金等支払明細表（機械様式第１３０８７号）
返戻レセプト
事務連絡文書等

確認印

送付内訳書の表示内容及び当座口振込通知書等の送付方法について

Ⓐ 平成○○年○○月 送付内訳書

Ⓑ
都道府県番号 ：９９　点数表番号：９
医療機関コード ：９９９９９９９

○○○○○○○○○○　御中

Ⓒ
社会保険診療報酬支払基金　○○支部

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。
以下の書類等を送付いたしますので、ご査収の程よろしくお願い申し上げます。　Ⓓ

送付内容	
当座口振込通知書（機械様式第８７号のＡ）	①
電子証明書発行・更新料領収証書（機械様式第８７号のＤ）	②
受付エラー連絡票（ＤＰＣ：コーディングデータ）	③
受付エラー連絡票（機械様式第５０１号）	
連絡文書（機械様式第２０号の３）	
返戻内訳書（機械様式第２０号の２）	
増減点連絡書（機械様式第２０号の１）	
通知分対象レセプト（写）	
突合点検結果連絡書（兼　処方箋内容不一致連絡書）（機械様式第１２０号の１）	
突合点検調整額通知票（医療機関）（機械様式第１２０号の３）	
突合点検調整額通知票（医療機関）（機械様式第１２０号の５）	
突合点検調整額連絡票（医療機関）（機械様式第１２０号の８）	
再審査結果連絡書（原審どおり）（機械様式第９０８号）	④
再審査等支払調整額通知票（返戻分）（機械様式第１０１号）	
再審査等支払調整額通知票（補正・査定分）（機械様式第１０１号）	
突合再審査結果連絡書（兼　処方箋内容不一致連絡書）（機械様式第１２０号の１）	
突合再審査調整額通知票（返戻分）（機械様式第１２０号の２）	
突合再審査調整額通知票（補正・査定分）（機械様式第１２０号の２）	
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）	
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５）	
突合点検調整額連絡票（医療機関）【再審査】（機械様式第１２０号の８）	
出産育児一時金等支払明細表（機械様式第１３０８７号）	⑤
返戻レセプト	⑥
事務連絡文書等	⑦

確認印

1 / 1 ページ

1　送付内訳書の表示内容

Ⓐ　「年月」欄

保険医療機関に送付する年月を印字します。

Ⓑ　「保険医療機関情報」欄

保険医療機関の「都道府県番号」、「点数表番号」、「医療機関コード」及び「医療機関名称」を印字します。

Ⓒ　「支払基金情報」欄

送付する支払基金の支部名を印字します。

Ⓓ　「送付内容」欄

当月に送付するもののみを印字します。
なお、送付物名の印字順については、次のとおり印字します。

① 当座口振込通知書
② 電子証明書発行・更新料領収証書
③ 原審査処理に係る帳票等
④ 再審査処理に係る帳票等
⑤ 出産育児一時金等に係る帳票
⑥ 返戻レセプト
⑦ その他の送付物（事務連絡文書、ブロック通信など）

2　当座口振込通知書等の送付方法

当座口振込通知書等の送付物については、「送付内容」欄に印字されているとおりに組み合わせ、送付させていただきます。

別　紙　2

重要性分類Ⅲ
別紙２

突合点検結果連絡書（兼　処方箋内容不一致連絡書）の情報追加について

【変更前】

（機械様式第１２０号の１）

医療機関コード＿＿＿＿＿＿＿＿

医療機関名

平成　年　月分 突 合 点 検 結 果 連 絡 書

御中　　（兼 処方箋内容不一致連絡書）

ページ

社会保険診療報酬支払基金　　支部

診療年月 受付番号 レセプト番号 診療科１	保険者 番号等	区　分 氏　名 カルテ番号	調整金額		増減点数（金額）		事由	処方 月日 調剤 月日	負担	請求内容	負担	補正・査定後内容	薬局コード等
			法別	金額	法別	点数 （金額）							
1234-56, 789, 100 000, 005	06******	本外 基金　一郎 12345678901234567890	０６	-¥700	０６	-100	A	0412 0412	1 1	A錠　100ｍｇ　１０錠 B錠　10ｍｇ　２錠 ２０×１０ 薬剤料　２００		B錠　10ｍｇ　２錠 １０×１０ 薬剤料　１００ A：療養担当規則等に照らし、医学的に適応と認められないもの 審査結果の理由等：『レセプト記載の傷病名等より、適応外と判断します。』	東京都 9876543 支払薬局 03-1234-5678
備　考												合計調整金額	
												-¥700	

注　保険者番号等欄の「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。

記　号　凡　例

（増　減　点　事　由）

A　療養担当規則等に照らし、医学的に適応と認められないもの

B　療養担当規則等に照らし、医学的に過剰・重複と認められるもの

C　療養担当規則等に照らし、A・B以外の医学的理由により適当と認められないもの

D　告示・通知の算定要件に合致していないと認められるもの

F　固定点数が誤っているもの

K　その他

（突合点検結果について）

貴院から請求されたレセプトと処方箋に基づく調剤レセプトを照合して点検した結果、審査委員会において上記のとおり決定いたしました。

「請求内容」欄の医薬品が貴院発行の処方箋の内容（ ジェネリック医薬品への変更を除く。 ）と相違している場合は、支払基金までご連絡願います。

別紙２（参考資料）

突合点検結果連絡書の内容における支払基金への不一致連絡の申出について

「突合点検結果連絡書（兼　処方箋内容不一致連絡書）」とは、貴院から請求されたレセプトと処方箋に基づく調剤レセプトを照合して点検（以下「突合点検」という。）した結果をお知らせする連絡書です。

なお、「突合点検結果連絡書（兼　処方箋内容不一致連絡書）」の「請求内容」欄等の医薬品等に関して貴院の発行した処方箋の内容と相違している場合は、お手数ですが下記により支払基金までご連絡願います。

記

1　「突合点検結果連絡書（兼　処方箋内容不一致連絡書）」の「請求内容」欄の医薬品等と貴院の発行した処方箋の内容と相違している場合は、該当の医薬品等に「○」印を付してください。

2　処方箋内容不一致連絡書による支払基金への申出は、毎月18日（土曜日、日曜日、国民の祝日の場合は翌平日）までに必着でご送付願います。

3　ご連絡いただいた事項につきましては、保険薬局から処方箋の写しを取寄せ、内容を確認のうえ、原則処方箋内容不一致連絡書による申出を行った月に突合点検による査定額の調整先（貴院又は保険薬局）を決定させていただきます。

なお、保険薬局からの処方箋の写しの到着日によっては、その１ヵ月後となる場合があります。

4　申出のない査定分につきましては、翌月の支払時に貴院の診療報酬から調整させていただきます。

5　送付先等は次のとおりです。

送付先：○○県○○市○○町○○番地○号

宛　名：社会保険診療報酬支払基金○○支部

6　ご不明な点の照会先

社会保険診療報酬支払基金○○支部

電　話：（○○）△△△△－□□□□

【変更後】

（機械様式第１２０号の１）

医療機関コード＿＿＿＿＿＿＿＿

医療機関名

平成　年　月分突合点検結果連絡書

御中

（兼 処方箋内容不一致連絡書）

社会保険診療報酬支払基金　支部

診療年月 受付番号 レセプト番号 診療科１	保険者番号等	区分 氏名 カルテ番号	調整金額 法別	調整金額 金額	増減点数（金額） 法別	増減点数（金額） 点数（金額）	事由	処方月日 調剤月日	負担	請求内容	負担	補正・査定後内容	薬局コード等
1234-56, 789, 100 000, 005	06******	本外 基金　一郎 12345678901234567890	０６	-¥700	０６	-100	A	0412 0412	1 1	A錠　100ｍｇ　１０錠 B錠　10ｍｇ　２錠 ２０×１０ 薬剤料　２００		B錠　10ｍｇ　２錠 １０×１０ 薬剤料　１００ A：療養担当規則等に照らし、医学的に適応と認められないもの 審査結果の理由等：『レセプト記載の傷病名等より、適応外と判断します。』	東京都 9876543 支払薬局 03-1234-5678

【変更内容】

- **参考資料「突合点検結果連絡書の内容における支払基金への不一致連絡の申出について」にお知らせしていた事項を下部に印字します。**
- **参考資料「突合点検結果連絡書の内容における支払基金への不一致連絡の申出について」の添付については、廃止することとします。**
- **変更前に印字していた「記号凡例（増減点事由）」については、「補正・査定後内容」欄に印字されますのでご留意願います。**

備考	合計調整金額
	-¥700

注　保険者番号等欄の「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[illegible]。

【突合点検結果について】

・貴院から請求されたレセプトと処方箋に基づく調剤レセプトを照合して点検した結果、審査委員会において上記のとおり決定いたしました。

・「請求内容」欄の医薬品等が貴院発行の処方箋の内容（ジェネリック医薬品への変更を除く。）と相違している場合は、該当医薬品等に「○」印を付し、毎月１８日（土曜日、日曜日、祝日の場合は翌平日）必着で支払基金に送付願います。

・ご連絡いただきました事項については、保険薬局から処方箋（写）を取り寄せ、内容を確認の上、突合点検による査定額の調整先（貴院又は保険薬局）を決定させていただきます。

・申出のない査定分につきましては、翌月の支払時に貴院の診療報酬から調整させていただきます。

別　紙　4
重要性分類Ⅲ
別紙３

突合再審査結果連絡書（兼　処方箋内容不一致連絡書）の情報追加について
※紙レセプトにて処理したもの

【変更前】

（機械様式第１２０号の１）

突合再審査結果連絡書（兼　処方箋内容不一致連絡書）

ページ

医療機関コード　：＿＿＿＿＿＿＿＿
医療機関名　　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿御中

社会保険診療報酬支払基金　　支部

点数表：　診療科：

平成　　年　　月処理分において、保険者の申し出により突合点検による再審査を行った結果、審査委員会において下記のとおり決定いたしました。
「増減点内容」欄の医薬品が貴保険医療機関発行の処方せんの内容（ジェネリック医薬品への変更を除く。）と相違している場合は、支払基金までご連絡願います。

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	06＊＊＊＊＊	基金　太郎 S55. 9.20 123456789	-2,100 -300			【薬局コード】７８－５４３２１ 【所在地】○○○ 【名　称】○○○薬局	K
					-300 21　A	○○錠　2錠　30×10 → 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。 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。
1	－２，１００	0	

【変更後】

（機械様式第１２０号の１）

突合再審査結果連絡書（兼　処方箋内容不一致連絡書）

ページ

医療機関コード　：＿＿＿＿＿＿＿＿

医療機関名　　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿御中

社会保険診療報酬支払基金　　支部

点数表：　診療科：

・平成　　年　　月処理分において、保険者の申出により突合点検による再審査を行った結果、審査委員会において下記のとおり決定いたしました。
・「増減点内容」欄の医薬品等が貴院発行の処方箋の内容（ジェネリック医薬品への変更を除く。）と相違している場合は、該当医薬品等に「○」印を付し、毎月18日（土曜日、日曜日、祝日の場合は翌平日）必着で支払基金に送付願います。
・ご連絡いただきました事項については、保険薬局から処方箋（写）を取り寄せ、内容を確認の上、突合再審査による査定額の調整先（貴院又は保険薬局）を決定させていただきます。
・申出のない査定分につきましては、翌月の支払時に貴院の診療報酬から調整させていただきます。

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 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	06********	基金　太郎 S55. 9.20 123456789	-2,100 -300			【薬局コード】７８－５４３２１ 【所在地】○○○ 】○○○薬局	K
						2錠　　30×10　→　0	

【変更内容】

・別紙2と同様の文章を、上部に印字します。

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。 Ｋ：紙レセプトにより再審査請求されたものです。
1	－２，１００	0	

突合再審査結果連絡書（兼　処方箋内容不一致連絡書）の情報追加について
※電子レセプトにて処理したもの

【変更前】

（機械様式第１２０号の１）

突合再審査結果連絡書（兼　処方箋内容不一致連絡書）　　ページ

医療機関コード：＿＿＿＿＿＿＿＿
医療機関名　　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿御中

点数表：　　診療科：　　社会保険診療報酬支払基金○○○支部

平成　　年　　月処理分において、保険者の申し出により突合点検による再審査を行った結果、審査委員会において下記のとおり決定いたしました。
「増減点内容」欄の医薬品が貴保険医療機関発行の処方せんの内容（ジェネリック医薬品への変更を除く。）と相違している場合は、支払基金までご連絡願います。

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 請求内容	増減点内容 補正・査定後内容	備考
3011 本　外	06130000	基金　太郎 KarteNo-JR_IA01 S55.09.20 13142205910001001	-1,960 -280			【薬局コード】０１－４１００２ 【名称】支払基金薬局	【所在地】○○○ 【電話番号】００－０００－０００	
					-280	９／１３ Ａ錠１００ｍｇ ４錠	９／１３ Ａ錠１００ｍｇ ４錠	
					B	Ｂカプセル１１２．５ｍｇ ４カプセル ３２×２０ 薬剤料　６４０	Ｂカプセル１１２．５ｍｇ ２カプセル ３２×２０ 薬剤料　３６０ Ｂ：療養担当規則等に照らし、医学的に過剰・重複と認められるもの	
					-280	２，１６３	１，８８３	－

件数	合計調整金額	合計調整支給額
1	-1,960	0

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。

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。

【変更後】

（機械様式第１２０号の１）

突合再審査結果連絡書（兼　処方箋内容不一致連絡書）

医療機関コード：＿＿＿＿＿＿

医療機関名　　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿御中

点数表：　　診療科：

社会保険診療報酬支払基金○○○支部

・平成　　年　　月処理分において、保険者の申出により突合点検による再審査を行った結果、審査委員会において下記のとおり決定いたしました。
・「増減点内容」欄の医薬品等が貴院発行の処方箋の内容（ジェネリック医薬品への変更を除く。）と相違している場合は、該当医薬品等に「○」印を付し、毎月１８日（土曜日、日曜日、祝日の場合は翌平日）必着で支払基金に送付願います。
・ご連絡いただきました事項については、保険薬局から処方箋（写）を取り寄せ、内容を確認の上、突合再審査による査定額の調整先（貴院又は保険薬局）を決定させていただきます。
・申出のない査定分につきましては、翌月の支払時に貴院の診療報酬から調整させていただきます。

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 標準	増減点 項目、事由 請求番号）	増減点内容 請求内容	補正・査定後内容	備考
3011 本　外	06130000	基金　太郎 KarteNo-JR_IA01 S55.09.20 13142205910001001	-1,960 -280		-280	【薬局コード】０１－４１００２ 【名称】支払基金薬局 ９／１３ ４錠 ５ｍｇ ４カプセル ６４０	【所在地】○○○ 【電話番号】００－０００－０００ ９／１３ Ａ錠１００ｍｇ ４錠 Ｂカプセル１１２．５ｍｇ ２カプセル ３２×２０ 薬剤料　３６０ Ｂ：療養担当規則等に照らし、医学的に過剰・重複と認められるもの	
					-280	２，１６３	１，８８３	

【変更内容】

・別紙2と同様の文章を、上部に印字します。

件数	合計調整金額	合計調整支給額
1	-1,960	0

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。

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。

受付エラー連絡票の印字内容追加について

（機械様式第５０１号）　　平成　　年　　月分　受付エラー連絡票　　１ページ

処理年月日　　年　月　日

点数表：　　郡市区番号：　　医療機関コード：　　名称：　　御中

診療科：　　社会保険診療報酬支払基金　　支部

レセプト番号	法別番号	区分	入院・入院外の別	患 者 氏 名	エラーメッセージ
					受付エラーはなく、正常に受付処理を行いました。

【変更内容】

・受付エラーがない保険医療機関においては、「エラーメッセージ」欄にエラーがないことが把握できる文章を印字します。

	件　　数（件）	点　　数（点）
請 求 分	４４３	２２７，０９７
受 付 分	４４３	２２７，０９７
削 除 分	０	――――
Ｌ２エラー分	０	――――

注１　エラーメッセージのエラーコード２０００番台（Ｌ２エラー）は、受付の結果、レセプト単位でエラーとなっているため、再請求が必要なもの。

２　エラーメッセージのエラーコード※４８００番台（Ｌ４８エラー）は、エラーとして連絡しているが、正常分として受付処理しているので、再請求が不要なもの。

３　「レセプト内レコード番号」とは、レセプト共通レコード（REレコード）から数えて、エラーが何行目のレコードに存在するかを示す。

４　「レコード内項目位置」とは、１レコード内の先頭から数えて、エラーが何番目の項目に存在するかを示す。