

突合点検に係る帳票等

【医療機関用】

令和 6年 5月

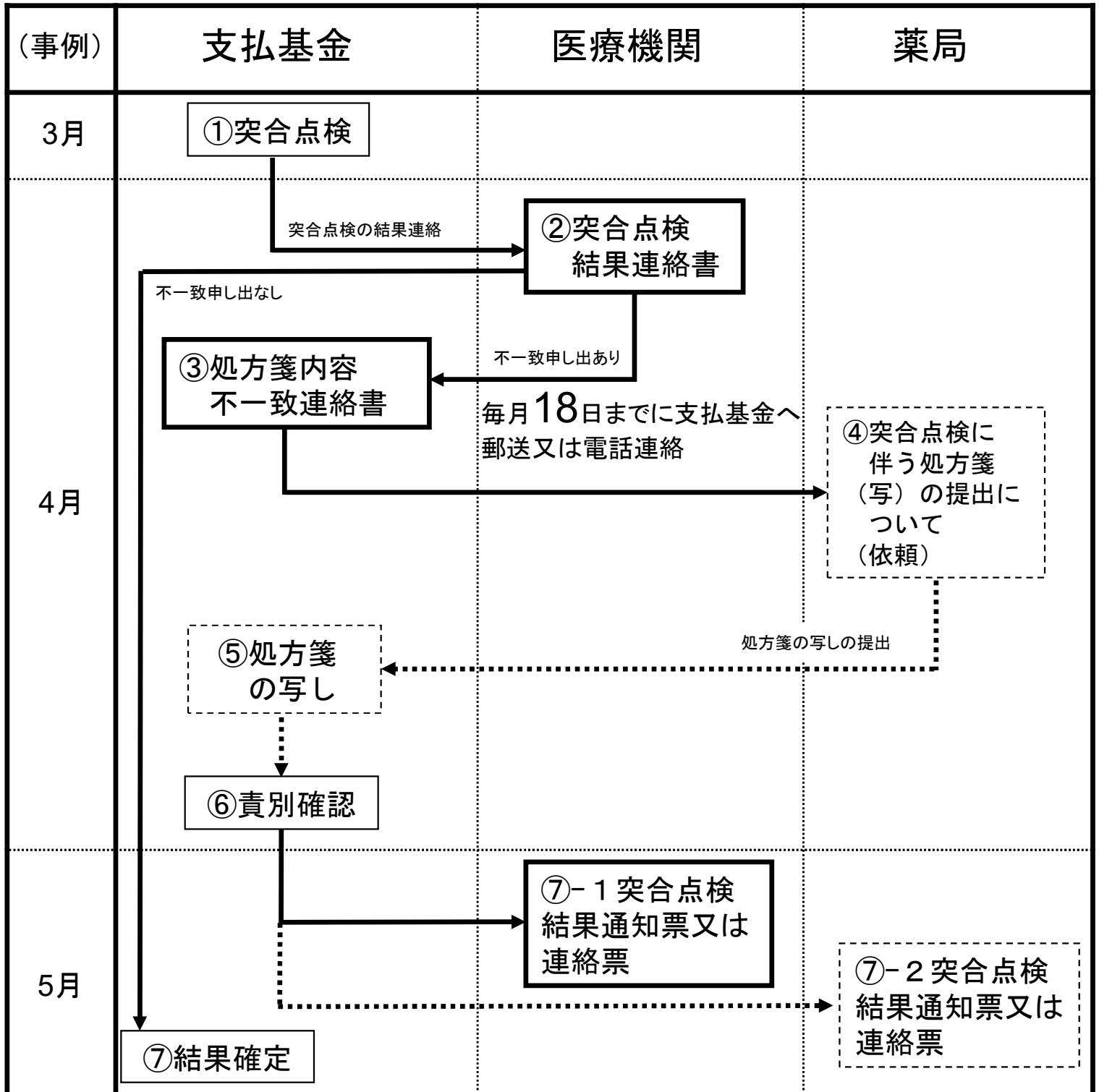
社会保険診療報酬支払基金

【目次】

1	突合点検に係る責別確認の流れ	P1
2	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)	P2
3	突合点検調整額通知票(医療機関) (機械様式第120号の5) (責別確認の結果、査定分に係る費用を 保険医療機関から調整した場合)	P2
4	突合点検調整額連絡票(医療機関) (機械様式第120号の8) (責別確認の結果、査定分に係る費用を保険薬局から調整した場合)	P3

保険医療機関の場合

1. 突合点検に係る責別確認の流れ



- ・ 保険医療機関へは、突合点検の結果連絡を、毎月の増減点連絡書等と併せてお知らせします。
- ・ 保険医療機関は、「突合点検結果連絡書」の「請求内容」欄の医薬品又は調剤技術料等に関して、交付した処方箋の内容と相違している場合（ジェネリック医薬品への変更を除く。）は、「突合点検結果連絡書」の「請求内容」欄の該当する医薬品等を○で囲み、「処方箋内容不一致連絡書」として支払基金の審査委員会事務局あて郵送又は電話連絡により、「突合点検結果連絡書」の届いた月の18日までに申し出します。
- ・ 申し出期限までに「処方箋内容不一致連絡書」による申し出がない場合は、突合点検による査定額を、原則、レセプト請求月の翌月請求分に係る保険医療機関の支払額から調整します。

2. 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）

（当該事例は、突合点検によりA剤10錠を0錠に査定した場合）
この帳票は、「突合点検に係る責別確認の流れ」の②及び③に該当します。

(機械様式第120号の1)

医療機関コード 12, 3456, 7 令和〇〇年〇〇月分 突合点検結果連絡書 (兼 処方箋内容不一致連絡書) ページ 1
医療機関名 支払基金病院 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

診療年月 受付番号 レセプト番号 診療科	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 01000000000000	06****	本外 基金 一部 12345678901234567890	06	-¥700	06	-100	A	0212 0212	1 1	A錠 100mg 10錠 B錠 10mg 2錠 20×10 薬剤料 200	1	B錠 10mg 2錠 10×10 薬剤料 100	東京都 9876543 支払薬局 03-1234-5678
<p>交付した処方箋の内容と相違する場合、 該当箇所を○で囲み申し出されるよう お願いします。</p>													
<p>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）</p> <p>突合点検による査定内容について、保険医療機関へお知らせする帳票です。 レセプト請求月の「増減点連絡書」等に併せて連絡します。</p> <p>「請求内容」欄の医薬品又は調剤技術料等に関して、保険医療機関が交付した処方箋の内容と相違している場合（処方箋に記載された医薬品と同じ適応のあるジェネリック医薬品への変更を除く。）は、「請求内容」欄の該当する医薬品等を○で囲み、「処方箋内容不一致連絡書」として保険医療機関の所在地の審査委員会事務局宛て郵送又は電話連絡により、「突合点検結果連絡書」の届いた月の18日までに申し出をお願いします。</p>													
備考												合計調整金額	
												-¥700	

3. 突合点検調整額通知票（医療機関）（機械様式第120号の5）

（責別確認の結果、査定分に係る費用を保険医療機関から調整した場合）
この帳票は、「突合点検に係る責別確認の流れ」の⑦-1の通知票です。*1

(機械様式第120号の5) 突合点検調整額通知票（医療機関） ページ 1
医療機関コード: 12-34567 社会保険診療報酬支払基金
医療機関名: 支払基金病院 御中

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、処方箋（写）を確認した結果、
令和〇〇年〇〇月診療分において、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
0406 本外	0613****	基金 太郎 S55. 09. 20 00000000123456789	-2,100 -300			【薬局コード】 78-54321 【所在地】 ○○○ 【名称】 ○○○薬局 【TEL】 123-123-1234	
					-300 99 A	請求内容 6/11 処方月日 6/11 調剤月日 6/11 (内服) 1日1回朝食後 A: 療養担当規則等に照らし、医学的に保険診療上適応とならないもの ○錠 2錠 単位薬剤料点 ** 薬剤数量 ** 薬剤調製料 ** 調剤管理料 ** 審査結果の理由等: 『○○錠の効能・効果に示されている傷病名、状態・病態または当該薬剤を必要とする症状詳記等の記載がありません。』 30×10 → 0	
<p>突合点検調整額通知票（医療機関）（機械様式第120号の5）</p> <p>突合点検等に係る査定内容について、保険医療機関から「処方箋内容不一致連絡書」による申し出があり、処方箋の写しを確認した結果、査定分に係る費用を保険医療機関への支払額から調整した場合に通知する帳票です。 原則、レセプト請求月の翌月請求分に係る「増減点連絡書」等に併せて連絡します。 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か月後となる場合があります。</p>							
件数	合計調整金額	合計調整支和並	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。				
2	-3,864	0					

*1 医療機関へ「突合点検調整額通知票」が連絡された場合は、調剤薬局へ「突合点検調整額連絡票」が連絡されます。

4. 突合点検調整額連絡票（医療機関）（機械様式第120号の8）

（責別確認の結果、査定分に係る費用を保険薬局から調整した場合）

この帳票は、「突合点検に係る責別確認の流れ」の⑦-1の連絡票です。*2

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
0406 本 外	0613****	基金 太郎 S55. 09. 20 00000000123456789		-2,100 -300			【薬局コード】 78-54321 【所在地】 ○○○ 【名称】 ○○○薬局 【TEL】 123-123-1234 請求内容 6/11 処方月日 6/11 調剤月日 6/11 (内服) 1日1回朝食後 A:療養担当規則等に照らし、医学的に保険診療上適応とならないもの ○○錠 2錠 単位薬剤料点 **	
突合点検調整額連絡票（医療機関）（機械様式第120号の8） 突合点検等に係る査定内容について、保険医療機関から「処方箋内容不一致連絡書」による申し出があり、処方箋の写しを確認した結果、査定分に係る費用を保険薬局への支払額から調整した場合に連絡する帳票です。 原則、レセプト請求月の翌月請求分に係る「増減点連絡書」等に併せて連絡します。 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か月後となる場合があります。 処方箋の内容と異なる調剤を保険薬局が行っている場合又は「処方箋（写）提出依頼書」を送付した月の末日までに処方箋の写しの提出が得られなかった場合は、突合点検による査定額を、原則、レセプト請求月の翌月請求分に係る保険薬局への支払額から調整します。								
0406 本	件数	合計調整金額	合計調整支給金	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。				
	2	-3,864	0					

*2 医療機関へ「突合点検調整額連絡票」が連絡された場合は、調剤薬局へ「突合点検調整額通知票」が連絡されます。