

突合再審査に係る帳票等

【医療機関用】

令和 6年 5月

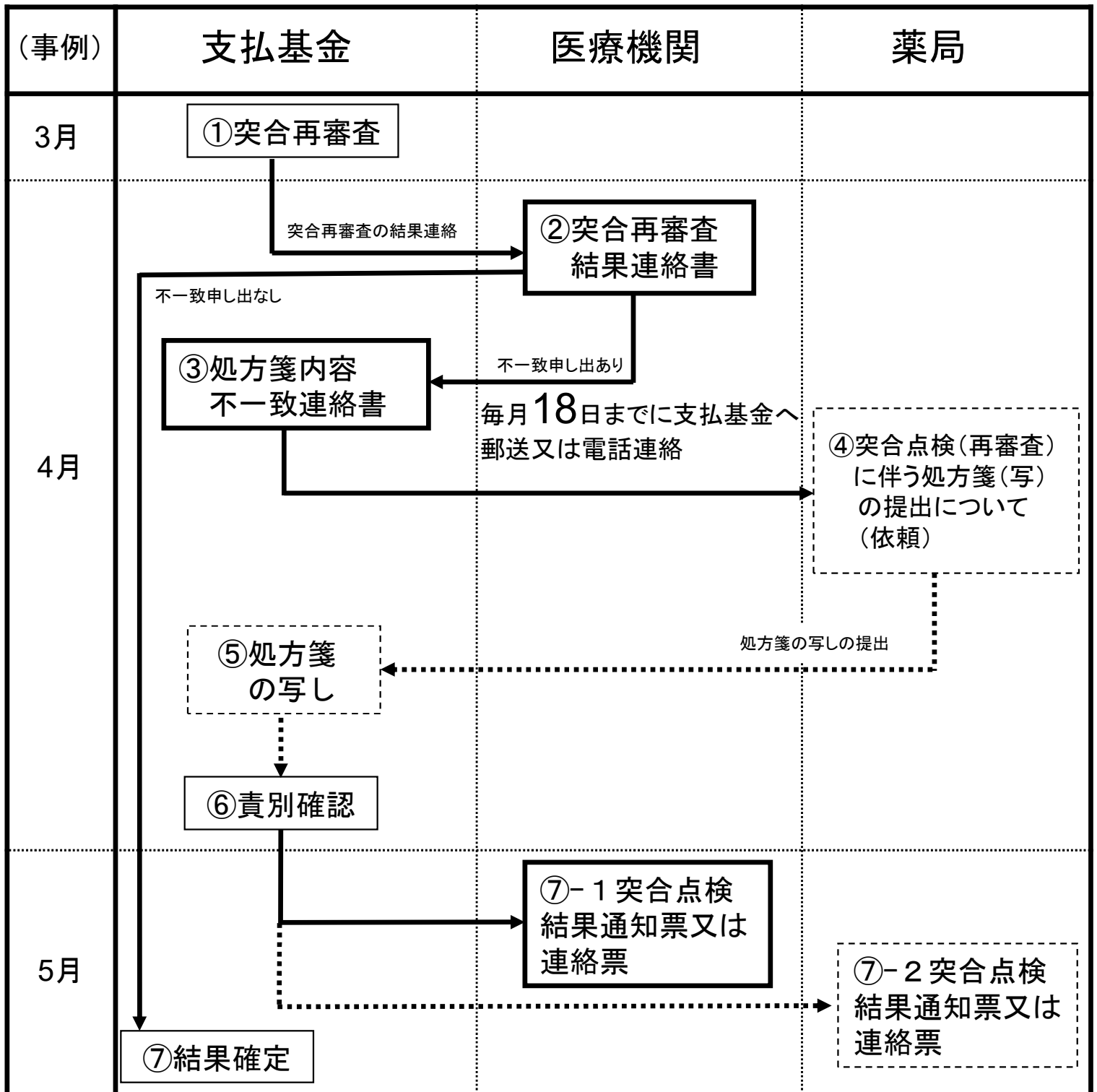
社会保険診療報酬支払基金

【目次】

1 突合再審査に係る責別確認の流れ	.....	P1
2 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）	.....	P2
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） （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）	.....	P3
4 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） （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）	.....	P4
5 突合再審査調整額通知票 （機械様式第120号の2） （突合再審査により、診療報酬明細書が返戻となった場合）	.....	P5

保険医療機関の場合

1. 突合再審査に係る責別確認の流れ



- ・ 保険医療機関へは、突合再審査の結果連絡を、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、「突合再審査結果連絡書」の「請求内容」欄等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、「突合再審査結果連絡書」の「請求内容」欄等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、「突合再審査結果連絡書」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、突合再審査による査定額を、「突合再審査結果連絡書」を送付した月の翌月の保険医療機関への支払額から調整します。

2. 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）

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。

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

(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 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

点数表：1 診療科：〇〇〇

・令和〇〇年〇〇月処理分において、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「〇」印を付し、毎月18日（土曜日、日曜日、祝日の場合は翌平日）までに支払基金へ連絡願います。
 ・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 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】 〇〇〇 【名称】 〇〇〇薬局	K
					-300 99 A	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 6/11 〇〇錠 2錠	
30×10 → 0							

交付した処方箋の内容と相違する場合、該当箇所を〇で囲み申し出されるようお願いいたします。

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

突合再審査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。
 保険者の申出により突合点検による再審査を行い、審査委員会において審査決定した月の翌月の「増減点連絡書」等に併せて連絡します。

「増減点内容」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、「増減点内容」欄の該当する医薬品等を〇で囲み、「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、「突合再審査結果連絡書」の届いた月の18日までに申し出をお願いします。

件数	合計調整金額	合計調整支給額	備考
2	-3,864	0	1: 保険者「42-13-6010」は、70歳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) 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。

(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 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

点数表：1 診療科：〇〇〇

・令和〇〇年〇〇月処理分において、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「〇」印を付し、毎月18日（土曜日、日曜日、祝日の場合は翌平日）までに支払基金へ連絡願います。
 ・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 基準額 標準負担額	増減点 項目、事由 (請求番号)	請求内容	増減点内容 補正・査定後内容	備考
0406 本 外	06130000	基金 太郎 S55. 09.20 13142205910001001	-1,960 -280			【薬局コード】 01-12345 【名称】 支払基金薬局	【所在地】 〇〇〇 【電話番号】 00-0000-0000	
					-280	6/11 A錠100mg Bカプセル112.5mg 32×20 薬剤料	6/11 A錠100mg 4錠 Bカプセル112.5mg 5mg 2カプセル 18×20 薬剤料 640 B:療養担当規則等に照らし、医学的に保険診療上過剰・重複となるもの 360	

交付した処方箋の内容と相違する場合、該当箇所を〇で囲み申し出されるようお願いいたします。

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）
【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。】

突合再審査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。
 保険者の申出により突合点検による再審査を行い、審査委員会において審査決定した月の翌月の「増減点連絡書」等に併せて連絡します。

「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〇で囲み、「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、「突合再審査結果連絡書」の届いた月の18日までに申し出をお願いします。

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）

（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、「突合再審査に係る責別確認の流れ」の⑦-1の通知票です。*

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

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 項目、事由 (番号)	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 -300 99 A 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 6/11 ○○錠 2錠 30×10 → 0	K
<p>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） 【本帳票に印字しているレセプトについては、保険者等から紙レセプトにより再審査請求されたものです。】</p> <p>突合再審査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。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て、診療報酬の支払いを行う月の月初に、保険医療機関に対して、「増減点連絡書」等に併せて連絡します。</p>								
件数	合計調整金額	合計調整支給額	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。					

(2) 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。

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 補正・査定後内容	備考
0406 本 外	06130000	基金 太郎 KarteNo-JR_IA01 S55.09.20 13142205910001001		-1,960 -280			【薬局コード】 01-12345 【名称】 基金薬局 6/11 A錠100mg 4錠 B Bカプセル112.5mg 4カプセル 32×20 薬剤料 640 【所在地】 ○○○ 【電話番号】 00-0000-0000 6/11 A錠100mg 4錠 Bカプセル112.5mg 2カプセル 18×20 薬剤料 360 B:療養担当規則等に照らし、医学的に保険診療上過剰・重複となるもの	
<p>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） 【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。】</p> <p>突合再審査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。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て、診療報酬の支払いを行う月の月初に、保険医療機関に対して、「増減点連絡書」等に併せて連絡します。</p>								
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	-1,960	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。 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。					

* 保険医療機関へ「突合点検調整額通知票【再審査】」が連絡された場合は、保険薬局へ「突合点検調整額連絡票【再審査】」が連絡されます。

4. 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）

（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、「突合再審査に係る責別確認の流れ」の⑦-1の連絡票です。*

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

(機械様式第120号の8)		突合点検調整額連絡票（医療機関）【再審査】			ページ	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		
点数表：1 診療科：〇〇〇		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、令和〇〇年〇〇月調剤分において、減点分に係る費用を調剤した保険薬局から調整しましたことを連絡いたします。					
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 項目、事由 (番号)	増減点内容	備考
0406 本 外	0613****	基金 太郎 S55. 09. 20 0000000123456789	-2,100 -300			【薬局コード】 78-54321 【所在地】 〇〇〇 【名称】 〇〇〇薬局 -300 99 A 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 6/11 〇〇錠 2錠	K
30×10 → 0							
<p>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） 【本帳票に印字しているレセプトについては、保険者等から紙レセプトにより再審査請求されたものです。】</p> <p>突合再審査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。 査定分に係る費用を保険薬局への支払額から調整して、診療報酬の支払いを行う月の月初に、保険薬局に対して、「増減点連絡書」等に併せて連絡します。</p> <p>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、突合再審査による査定額を、原則、「突合再審査結果連絡書」を</p>							
2		-3,864		0		1：保険者「42-13-0010」は、70歳代前半の被保険者等に係る一部負担金等の軽減率内指値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) 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。

(機械様式第120号の8)		突合点検調整額連絡票（医療機関）【再審査】			ページ	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			
点数表：1 診療科：〇〇〇		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、令和〇〇年〇〇月調剤分において、減点分に係る費用を処方した保険薬局から調整しましたことを連絡いたします。						
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	
0406 本 外	06130000	基金 太郎 KarteNo-JR_IA01 S55. 09. 20 13142205910001001	-1,960 -280			【薬局コード】 01-12345 【名称】 基金薬局 6/11 A錠100mg 4錠 Bカプセル112.5mg	【所在地】 〇〇〇 【電話番号】 00-0000-0000 6/11 A錠100mg 4錠 Bカプセル112.5mg	
<p>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） 【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。】</p> <p>突合再審査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。 査定分に係る費用を保険薬局への支払額から調整して、診療報酬の支払いを行う月の月初に、保険薬局に対して、「増減点連絡書」等に併せて連絡します。</p> <p>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、突合再審査による査定額を、原則、「突合再審査結果連絡書」を送付した月の翌月の保険薬局への支払額から調整します。</p>								
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。								

* 保険医療機関へ「突合点検調整額連絡票【再審査】」が連絡された場合は、保険薬局へ「突合点検調整額通知票【再審査】」が連絡されます。

5. 突合再審査調整額通知票（機械様式第120号の2）

（突合再審査を行った結果、返戻となる場合）

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

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	請求理由	備考
0406 本 外		0613****	基金 太郎 S55. 09. 20 00000000123456789	-2,100 -1 -300		【請求理由】 00 突合再審査	K
0406 本 外		0613****	基金 花子 S60. 08. 16 0000000012987654321	-1,764 -1 -252		【請求理由】 00 突合再審査	K
<p>突合再審査調整額通知票（返戻分）（機械様式第120号の2） 【本帳票に印字しているレセプトについては、保険者等から紙レセプトにより再審査請求されたものです。】 突合再審査により、診療報酬明細書が返戻となったことをお知らせします。</p>							
件数	合計調整金額	合計調整支給額	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。				
2	-3,864	0					

（2）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。

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 点数 一部負担金	食事・生活 基準額 標準負担額	日数 回数	調整金額 調整支給額	請求理由	備考
0406 本 外	06130000		基金 太郎 KarteNo-JR_IA01	S55. 09. 20 13142205940001001	-2,163		-1	-15,141	【請求理由】 100090 突合再審査（医科・歯科レセプト）	
<p>突合再審査調整額通知票（機械様式第120号の2） 【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。】 突合再審査により、診療報酬明細書が返戻となったことをお知らせします。</p>										
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：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。							
1	-15,141	0								