

突合再審査に係る帳票等

【薬局用】

令和 6年 5月

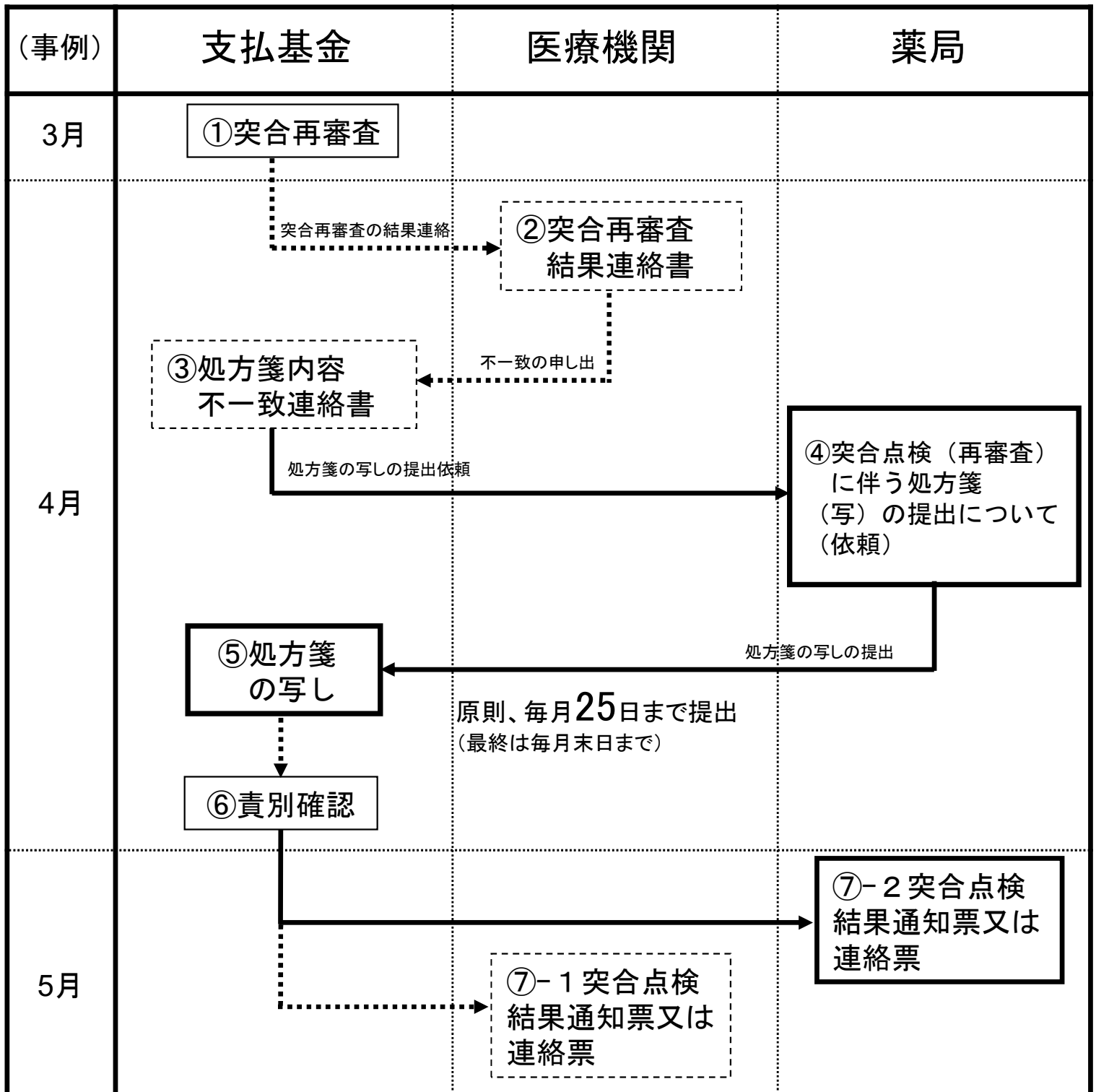
社会保険診療報酬支払基金

【目次】

1 突合再審査に係る責別確認の流れ	.....	P1
2 突合点検(再審査)に伴う処方箋(写)の提出について(依頼) (機械様式第119号の2)	.....	P2
3 突合点検調整額連絡票(薬局)【再審査】 (機械様式第120号の4) (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 突合点検調整額通知票(薬局)【再審査】 (機械様式第120号の7) (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、調剤報酬明細書が返戻となった場合)	.....	P5

保険薬局の場合

1. 突合再審査に係る責別確認の流れ



- ・ 処方箋の写しの提出期限は、原則、保険薬局に「処方箋（写）提出依頼書」が届いた月の25日（必着）とします。
- ・ 処方箋の写しが25日までに提出された場合は、責別確認を当月中に行い、処方箋の写しが提出された月の翌月の支払額から調整します。
ただし、処方箋の写しはその月の末日までに提出された場合は、責別確認を翌月に行い、処方箋の写しが提出された月の翌々月の支払額から調整します。
- ・ 保険薬局に「処方箋（写）提出依頼書」が届いた月の末日までに処方箋の写しを提出されなかった場合は、原則、突合点検による査定額を「処方箋（写）提出依頼書」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。

2. 突合点検（再審査）に伴う処方箋（写）の提出について（依頼）（機械様式第119号の2）

この帳票は、「突合再審査に係る責別確認の流れ」の④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119号の2

突合点検（再審査）に伴う処方箋（写）の提出について（依頼）

薬局コード : 12-34567
 保険薬局名称 : 支払基金薬局

御中

作成日：令和〇〇年〇〇月〇〇日

社会保険診療報酬支払基金

令和〇〇年〇〇月処理分において、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、保険医療機関に対して処方内容が不適切であるとの連絡をしたところ、保険医療機関が発行した処方箋の内容（ジェネリック医薬品への変更を除く。）と相違するとの連絡がありました。つきましては、処方箋による確認を行うため、下記の患者の処方箋（写）を令和〇〇年〇〇月〇〇日までに提出頂きますようお願いいたします。

診療年月 区分	保険者番号 公費負担者番号	記号・番号 受給者番号	患者氏名	性別 生年月日	医療機関情報			医療機関名称	備考
					府 県	点 数 表	医療機関 コード		
R1.6 本外	06130000	1000・1234567890	基金 太郎	男 S55.9.20	13	1	1234567	13.1.1234567 医療法人 基金病院	13-4-3456789
R1.6 本外	06130000	1234・2345678901	基金 花子	女 S60.8.16	13	1	1234567	13.1.1234567 医療法人 基金病院	

突合点検（再審査）に伴う処方箋（写）の提出について（依頼）（機械様式第119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。】

処方箋の写しを提出していただく患者について、保険薬局へお知らせする帳票です。

突合再審査を行った結果について、交付した処方箋の内容と相違している旨、保険医療機関から申し出があった場合、突合再審査による査定内容が、保険医療機関の処方箋の内容が不適切であったことによるものか又は処方箋の内容と異なる調剤を保険薬局が行ったことによるものかを判断するため、処方箋の写しにより確認を行います。

当該帳票に記載された患者の処方箋の写しを保険薬局の所在地の審査委員会事務局宛て郵送により、原則、当該帳票が保険薬局に届いた月の25日（必着）までに提出願います。

処方箋（写）の件数	1 提出いただきました処方箋（写）は、突合点検に係る審査の参考として確認後、支払基金において廃棄処分とさせていただきます。 2 処方箋（写）につきましては、支払基金の業務に用いるものであり、個人情報保護法第18条第3項に定める場合のほか、本人の同意なくして他の利用目的に使用することはありません。 3 診療年月は、保険医療機関において処方箋を交付した月です。 4 3者以上の併用分の場合、2つ目以降の公費負担者番号及び受給者番号は省略します。 5 廃止保険薬局等にあつては、備考欄に継承前薬局コードを印字します。
2 件	

(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119号の2)

突合点検（再審査）に伴う処方箋（写）の提出について（依頼）

薬局コード : 12-34567
 保険薬局名称 : 支払基金薬局

御中

社会保険診療報酬支払基金

令和〇〇年〇〇月処理分において、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、保険医療機関に対して処方内容が不適切であるとの連絡をしたところ、保険医療機関が発行した処方箋の内容（ジェネリック医薬品への変更を除く。）と相違するとの連絡がありました。つきましては、処方箋による確認を行うため、下記の患者の処方箋（写）を令和〇〇年〇〇月〇〇日までに提出頂きますようお願いいたします。

診療年月 区分	保険者番号 公費負担者番号	記号・番号 受給者番号	患者氏名 調剤録番号	男女別 生年月日	医療機関コード 医療機関名称	備考
R4.6 本外	06130000	1234・2345678901	基金 花子 44444444	女 S60.8.16	13.1.1234567 医療法人 基金病院	

突合点検（再審査）に伴う処方箋（写）の提出について（依頼）（機械様式第119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。】

処方箋の写しを提出していただく患者について、保険薬局へお知らせする帳票です。

突合再審査を行った結果について、交付した処方箋の内容と相違している旨、保険医療機関から申し出があった場合、突合再審査による査定内容が、保険医療機関の処方箋の内容が不適切であったことによるものか又は処方箋の内容と異なる調剤を保険薬局が行ったことによるものかを判断するため、処方箋の写しにより確認を行います。

当該帳票に記載された患者の処方箋の写しを保険薬局の所在地の審査委員会事務局宛て郵送により、原則、当該帳票が保険薬局に届いた月の25日（必着）までに提出願います。

処方箋（写）の件数	1 提出いただきました処方箋（写）は、突合点検に係る審査の参考として確認後、支払基金において廃棄処分とさせていただきます。 2 処方箋（写）につきましては、支払基金の業務に用いるものであり、個人情報保護法第18条第3項に定める場合のほか、本人の同意なくして他の利用目的に使用することはありません。 3 診療年月は、保険医療機関において処方箋を交付した月です。 4 3者以上の併用分の場合、2つ目以降の公費負担者番号及び受給者番号は省略します。
2 件	

3. 突合点検調整額連絡票（薬局）【再審査】（機械様式第120号の4）

（処方箋内容不一致連絡書による申し出がなく、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⑦-2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4） 突合点検調整額連絡票（薬局）【再審査】 ページ 1

薬局コード : 12-34567
 薬局名 : 支払基金薬局 御中

点数表 : 4

社会保険診療報酬支払基金

下記の突合点検等に係る減点内容について、
 令和〇〇年〇〇月診療分において、減点分に係る費用を処方箋を交付した保険医療機関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 (番号)、項目、事由	増減点内容	備考	
0406 本 外	0613****	基金 太郎 555.09.20 00000000123456789	-2,100 -300			【医療機関コード】 78-54321 【所在地】 ○○○ 【名称】 ○○○病院	K	
					-300 21 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		
<p>突合点検調整額連絡票（薬局）（再審査）（機械様式第120号の4） 【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」による申し出がなく、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連絡する帳票です。 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、保険薬局に対して、「増減点連絡書」等に併せて連絡します。</p>								
0406 本	<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」による申し出がなく、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連絡する帳票です。 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、保険薬局に対して、「増減点連絡書」等に併せて連絡します。</p>							K
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。

（機械様式第120号の4） 突合点検調整額連絡票（薬局）【再審査】 ページ 1

薬局コード : 12-34567
 薬局名 : 支払基金薬局 御中

点数表 : 4

社会保険診療報酬支払基金

下記の突合点検等に係る減点内容について、
 令和〇〇年〇〇月診療分において、減点分に係る費用を処方箋を交付した保険医療機関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 調剤番号 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	0613****	基金 太郎 KarteNo-JR_LB01 555.09.20 53442205340004001	-1,960 -280			【医療機関コード】 78-54321 【名称】 基金病院	【所在地】 ○○○ 【電話番号】 ○〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
					-280	5/11 A錠100mg 4錠 Bカプセル112.5mg 4カプセル 32×20 薬剤料 640	5/11 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
					-280	2,163	1,883
<p>突合点検調整額連絡票（薬局）（再審査）（機械様式第120号の4） 【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」による申し出がなく、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連絡する帳票です。 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、保険薬局に対して、「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: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。				
1	-1,960	0					

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

5. 突合点検調整額通知票（薬局）【再審査】（機械様式第120号の7）

（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⑦-2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。

(機械様式第120号の7)

突合点検調整額通知票（薬局） 【再審査】

ページ 1

薬局コード : 12-34567
 薬局名 : 支払基金薬局 御中

社会保険診療報酬支払基金

点数表 : 4

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貴保険薬局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 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			【医療機関コード】 78-54321 【所在地】 〇〇〇 【名称】 〇〇〇病院	K
						-300 21 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	
<p>突合点検調整額通知票（薬局）（再審査）（機械様式第120号の7） 【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通知する帳票です。 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、「処方箋（写）提出依頼書」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>							
2		-3,864	0				K:紙レセプトにより再審査請求されたものです。

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) 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7)

突合点検調整額通知票（薬局）【再審査】

ページ 1

薬局コード : 12-34567
 薬局名 : 支払基金薬局 御中

社会保険診療報酬支払基金

点数表 : 4

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貴保険薬局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 調剤記録番号 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	0613****	基金 太郎 KarteNo-JR_1B01 S55. 09. 20 53442205340004001	-1,960 -280			【医療機関コード】 78-54321 【名称】 基金病院 6/11 A錠100mg 4錠 Bカプセル112.5mg 4錠 32×20 薬剤料 640	【所在地】 〇〇〇 【電話番号】 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 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	
<p>突合点検調整額通知票（薬局）（再審査）（機械様式第120号の7） 【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通知する帳票です。 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、「処方箋（写）提出依頼書」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>								
1		-1,960	0				K:紙レセプトにより再審査請求されたものです。	

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。

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

6. 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、調剤報酬明細書が返戻となったことのお知らせします。</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。				
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	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	0613****		基金 太郎 KarteNo-JR_1A01	S55. 09. 20 13142205940001001	-2, 163		-1	-15, 141	【請求理由】 100080 突合再審査（調剤レセプト）	
<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、調剤報酬明細書が返戻となったことのお知らせします。</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	-15, 141	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。