

別添A

オンラインによる一次請求返戻ファイル及び再審査等返戻
ファイル並びに再請求ファイルに係る記録条件仕様
(医科用)

平成30年4月版

目 次

第1章 請求、返戻及び再請求に係る基本事項	1
1 ファイル形態	1
(1) 保険医療機関から審査支払機関への請求	1
(2) 審査支払機関から保険医療機関への返戻	1
ア 一次請求に係るレセプト	1
イ 一次請求返戻分の再請求に係るレセプト	1
ウ 再審査等返戻分の再請求に係るレセプト	1
(3) 審査支払機関から保険医療機関への再審査等返戻	1
(4) 保険医療機関から審査支払機関への返戻分の再請求	1
2 ファイル単位の記録データ	2
3 電子レセプトの記録イメージ	3
(1) 一次請求、一次請求分の返戻、一次請求返戻分の再請求、再請求分の返戻及び再請求返戻分の再請求の場合	3
(2) 再審査等返戻、再審査等返戻分の再請求、再請求分の返戻及び再請求返戻分の再請求の場合	4
4 再請求ファイルの記録例	5
(1) 保険医療機関からの一次請求返戻分の再請求	5
(2) 保険医療機関からの再審査等返戻分の再請求	6
第2章 一次請求返戻ファイルに係る記録条件仕様	7
1 電気通信回線	7
2 記録形式	7
3 ファイル構成	7
4 一次請求返戻ファイル	7
(1) 情報表記仕様	7
ア 一次請求返戻ファイルの構成	7
イ 一次請求返戻ファイル構成イメージ	9
(ア) 一次請求返戻レセプト	9
(イ) 再請求返戻レセプト(一次請求返戻分)	10
(ウ) 再請求返戻レセプト(再審査等返戻分)	11
a 初回の再審査等請求で返戻された場合のレセプト	11
b 初回の再審査等請求が査定等で結果返付され、再度、再審査等請求で返戻された場合のレセプト	12
ウ レコード形式	13
エ 内容を表現する文字の符号	17
(2) 各種レコードの記録要領に関する事項	18
ア 返戻医療機関データ	18
返戻医療機関レコード	18
イ 請求データ	18
ウ 返戻理由データ	18
返戻理由レコード	18
エ 履歴管理ブロック	19
(ア) 請求決定データ	19
a 管理データ	19
レセプト管理レコード	19
b 履歴請求データ	19
c 補正データ	20
(a) レセプト共通レコード等	20
(b) 事由レコード	20
d 審査運用データ	21
審査運用レコード	21
e チェックデータ	22

レコード管理情報レコード	22
(イ) 再審査等請求データ	22
a 再審査等申し出レコード	22
b 理由対象レコード	24
(ウ) レセプト縦覧データ	24
レセプト縦覧レコード	24
(エ) 再審査等結果情報	25
a 再審査等結果データ	25
再審査等申し出結果レコード	25
b 再審査等補正データ	26
(a) レセプト共通レコード等	26
(b) 事由レコード	26
c 審査運用データ	26
審査運用レコード	26
d 履歴返戻理由データ	26
返戻理由レコード	26
e チェックデータ	27
レコード管理情報レコード	27
(オ) 履歴請求データ	27
(カ) 履歴返戻理由データ	28
返戻理由レコード	28
(キ) チェックデータ	28
レコード管理情報レコード	28
オ 返戻合計データ	28
返戻合計レコード	28

第3章 再審査等返戻ファイルに係る記録条件仕様 29

1 電気通信回線	29
2 記録形式	29
3 ファイル構成	29
4 再審査等返戻ファイル	29
(1) 情報表記仕様	29
ア 再審査等返戻ファイルの構成	29
イ 再審査等返戻ファイル構成イメージ	31
(ア) 初回の再審査等請求で返戻された場合のレセプト	31
(イ) 初回の再審査等請求が査定等で結果返付され、再度、再審査等請求で返戻された場合のレセプト	33
ウ レコード形式	34
エ 内容を表現する文字の符号	36
(2) 各種レコードの記録要領に関する事項	37
ア 返戻医療機関データ	37
返戻医療機関レコード	37
イ 請求データ	37
ウ 返戻理由データ	37
返戻理由レコード	37
エ 履歴管理ブロック	38
(ア) 請求決定データ	38
a 管理データ	38
レセプト管理レコード	38
b 履歴請求データ	38
c 補正データ	38
(a) レセプト共通レコード等	38
(b) 事由レコード	38
d 審査運用データ	38
審査運用レコード	38
e チェックデータ	38
レコード管理情報レコード	38
(イ) 再審査等請求データ	38

a	再審査等申し出レコード	38
b	理由対象レコード	38
(ウ)	レセプト縦覧データ	39
	レセプト縦覧レコード	39
(エ)	再審査等結果情報	39
a	再審査等結果データ	39
	再審査等申し出結果レコード	39
b	再審査等補正データ	39
	(a) レセプト共通レコード等	39
	(b) 事由レコード	39
c	審査運用データ	39
	審査運用レコード	39
d	履歴返戻理由データ	39
	返戻理由レコード	39
e	チェックデータ	39
	レコード管理情報レコード	39
オ	返戻合計データ	39
	返戻合計レコード	39

第4章 再請求ファイルに係る記録条件仕様 40

1	電気通信回線	40
2	記録形式	40
3	ファイル構成	40
4	再請求ファイル	40

(1)	情報表記仕様	40
ア	再請求ファイルの構成	40
イ	再請求ファイル構成イメージ	42
(ア)	一次請求返戻レセプトの再請求	42
(イ)	再請求返戻レセプト(一次請求返戻分)の再請求	43
(ウ)	再審査等返戻レセプトの再請求	44
a	初回の再審査等請求で返戻された場合のレセプト	44
b	初回の再審査等請求で結果返付され、再度、再審査等請求で返戻された場合のレセプト	45
(エ)	再請求返戻レセプト(再審査等返戻分)の再請求	46
a	初回の再審査等請求で返戻された場合のレセプト	46
b	初回の再審査等請求が査定等で結果返付され、再度、再審査等請求で返戻された場合のレセプト	47
ウ	レコード形式	48
エ	内容を表現する文字の符号	55

(2)	各種レコードの記録要領に関する事項	56
ア	医療機関情報	56
イ	請求データ	56
ウ	履歴管理ブロック	56
(ア)	請求決定データ	56
a	管理データ	56
	レセプト管理レコード	56
b	履歴請求データ	56
c	補正データ	56
	(a) レセプト共通レコード等	56
	(b) 事由レコード	56
d	審査運用データ	56
	審査運用レコード	56
e	チェックデータ	56
	レコード管理情報レコード	56
(イ)	再審査等請求データ	56
a	再審査等申し出レコード	56
b	理由対象レコード	56

(ウ)	レセプト縦覧データ	56
	レセプト縦覧レコード	56
(エ)	再審査等結果情報	56
a	再審査等結果データ	56
	再審査等申し出結果レコード	56
b	再審査等補正データ	56
	(a) レセプト共通レコード等	56
	(b) 事由レコード	56
c	審査運用データ	57
	審査運用レコード	57
d	履歴返戻理由データ	57
	返戻理由レコード	57
e	チェックデータ	57
	レコード管理情報レコード	57
(オ)	履歴請求データ	57
(カ)	履歴返戻理由データ	57
	返戻理由レコード	57
(キ)	チェックデータ	57
	レコード管理情報レコード	57
エ	診療報酬請求書情報	57

別表	各種コードに関する事項	58
----	-------------	----

別表1	審査支払機関コード	58
別表2	都道府県コード	58
別表3	点数表コード	59
別表4	年号区分コード	59
別表5	返戻区分コード	59
別表6	診療識別コード(医科)	59
別表7	データ識別コード	60
別表8	事由コード	60
別表9	理由番号コード	61
別表10	理由内容コード	62
別表11	医療機関等連絡コード	63
別表12	理由対象区分コード	63
別表13	縦覧区分コード	63
別表14	再審査等申し出機関コード	63
別表15	審査結果コード	64
別表16	原審どおり理由コード(医科)	65
別表17	再審査等返戻事由コード	67
別表18	補正情報コード	67

第1章 請求、返戻及び再請求に係る基本事項

1 ファイル形態

「保険医療機関から審査支払機関への請求」、「審査支払機関から保険医療機関への返戻」、「審査支払機関から保険医療機関への再審査等返戻」及び「保険医療機関から審査支払機関への返戻分の再請求」別に、記録条件仕様を定める。

(1) 保険医療機関から審査支払機関への請求

保険医療機関から審査支払機関に最初に請求を行う場合（以下「一次請求」という。）の請求ファイルの記録条件仕様は、「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格について」の別添1-1「オンライン又は光ディスク等による請求に係る記録条件仕様（医科用）」（以下「一次請求記録条件仕様」という。）に記述されているところである。

なお、本記録条件仕様におけるレセプトの情報を「請求データ」という。

(2) 審査支払機関から保険医療機関への返戻

審査支払機関において次のレセプトを返戻する場合、レセプト単位のデータに保険医療機関単位の返戻医療機関データ（ファイルの先頭）及び返戻合計データ（ファイルの最後）を付加した一次請求返戻ファイルを保険医療機関に返戻する。

ア 一次請求に係るレセプト

一次請求に係るレセプトを返戻する場合、当該レセプト（以下「一次請求返戻レセプト」という。）は、請求データ、返戻理由データ及び履歴管理ブロック（履歴請求データ、履歴返戻理由データ及びチェックデータ）で構成する。

イ 一次請求返戻分の再請求に係るレセプト

一次請求返戻分の再請求に係るレセプトを返戻する場合、当該レセプト（以下「再請求返戻レセプト（一次請求返戻分）」という。）は、請求データ、返戻理由データ及び履歴管理ブロック（履歴請求データ、履歴返戻理由データ及びチェックデータ）で構成する。

なお、履歴管理ブロックについては、後述の再請求ファイルに記録された履歴の下に、再請求分の履歴（履歴請求データ、履歴返戻理由データ及びチェックデータ）を追加した内容とする。

ウ 再審査等返戻分の再請求に係るレセプト

後述の再審査等返戻分の再請求に係るレセプトを返戻する場合、当該レセプト（以下「再請求返戻レセプト（再審査等返戻分）」という。）は、請求データ、返戻理由データ及び履歴管理ブロック（請求決定データ（管理データ、履歴請求データ、補正データ、審査運用データ及びチェックデータ）、再審査等請求データ、レセプト縦覧データ、再審査等結果情報（再審査等結果データ、再審査等補正データ、審査運用データ、履歴返戻理由データ及びチェックデータ）、履歴請求データ、履歴返戻理由データ及びチェックデータ）で構成する。

なお、履歴管理ブロックについては、後述の再請求ファイルに記録された履歴の下に、再請求分の履歴（履歴請求データ、履歴返戻理由データ及びチェックデータ）を追加した内容とする。

(3) 審査支払機関から保険医療機関への再審査等返戻

審査支払機関において再審査等に係るレセプトを返戻する場合、当該レセプト（以下「再審査等返戻レセプト」という。）は、請求データ、返戻理由データ及び履歴管理ブロック（請求決定データ（管理データ、履歴請求データ、補正データ、審査運用データ及びチェックデータ）、再審査等請求データ、レセプト縦覧データ及び再審査等結果情報（再審査等結果データ、再審査等補正データ、審査運用データ、履歴返戻理由データ及びチェックデータ））で構成し、保険医療機関単位の返戻医療機関データ（ファイルの先頭）及び返戻合計データ（ファイルの最後）を付加した再審査等返戻ファイルを保険医療機関に返戻する。

なお、請求データは、一次請求及び再審査等請求での補正及び査定を反映した内容とする。

おって、一次請求記録条件仕様の改正に伴う請求データの取扱いは、一次請求記録条件仕様の施行後の翌月に返戻する再審査等返戻レセプトから適用する。

(4) 保険医療機関から審査支払機関への返戻分の再請求

一次請求返戻レセプト、再請求返戻レセプト（一次請求返戻分）、再審査等返戻レセプト及び再請求返戻レセプト（再審査等返戻分）を審査支払機関に再請求する場合、当該レセプトの請求データ（履歴管理ブロックの履歴請求データを除く。）を修正し、返戻理由データ（履歴管理ブロックの履歴返戻理由データを除く。）を削除したレセプト（以下「再請求レセプト」という。）に、保険医療機関単位の医療機関情報（ファイルの先頭）及び診療報酬請求書情報（ファイルの最後）を付加した再請求ファイルを審査支払機関に請求する。

ただし、異なる審査支払機関に再請求する場合は、一次請求分の請求ファイルを作成して請求する。

また、再審査等返戻レセプト及び再請求返戻レセプト（再審査等返戻分）を複数枚に分けて再請求する場合、

2枚目以降については、一次請求分の請求ファイルを作成して請求する。

なお、当該ファイルについては、第1章-1-(1)の請求ファイルに含めて記録することが可能である。

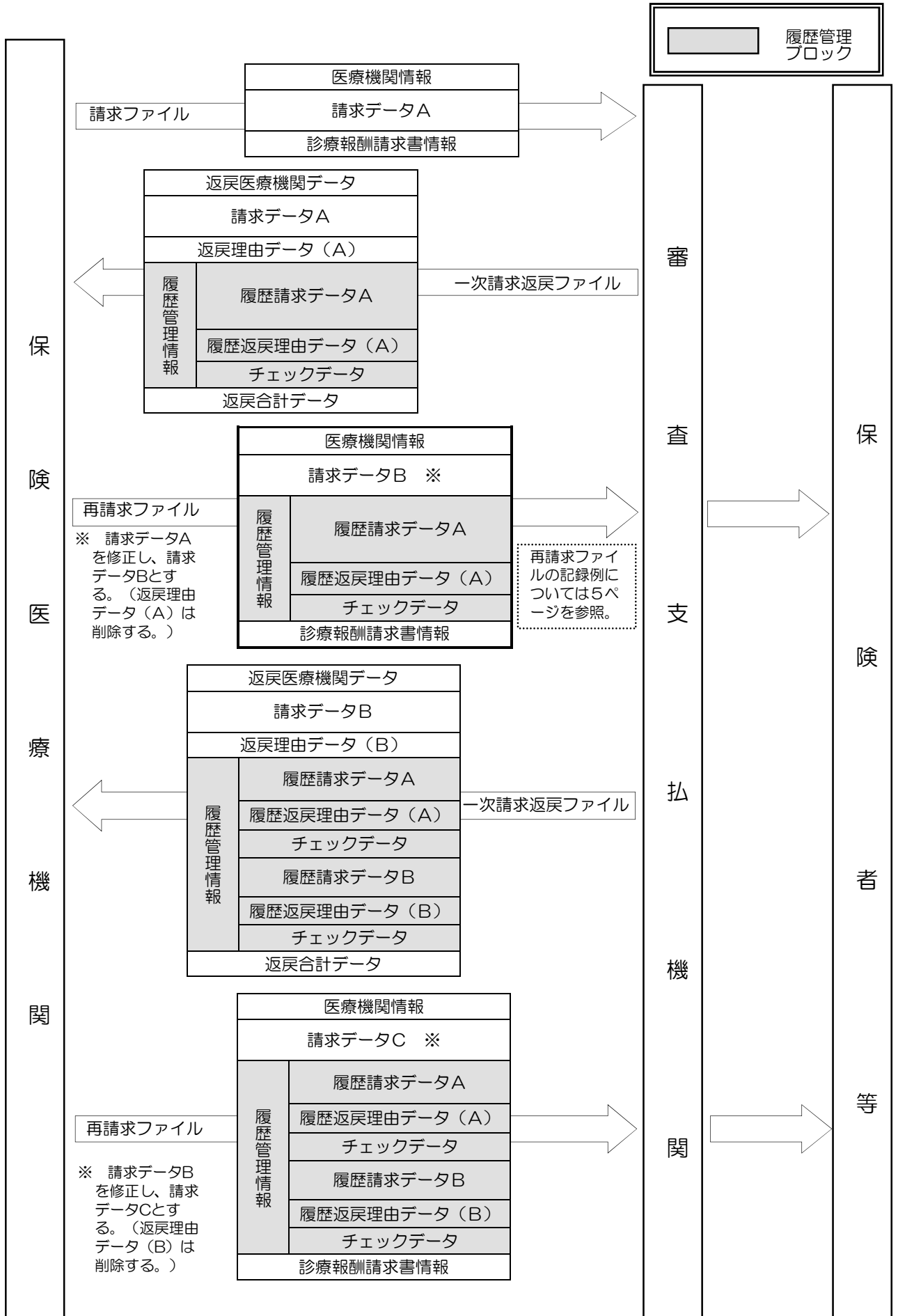
2 ファイル単位の記録データ

各ファイルで記録されるデータは次のとおりとする。

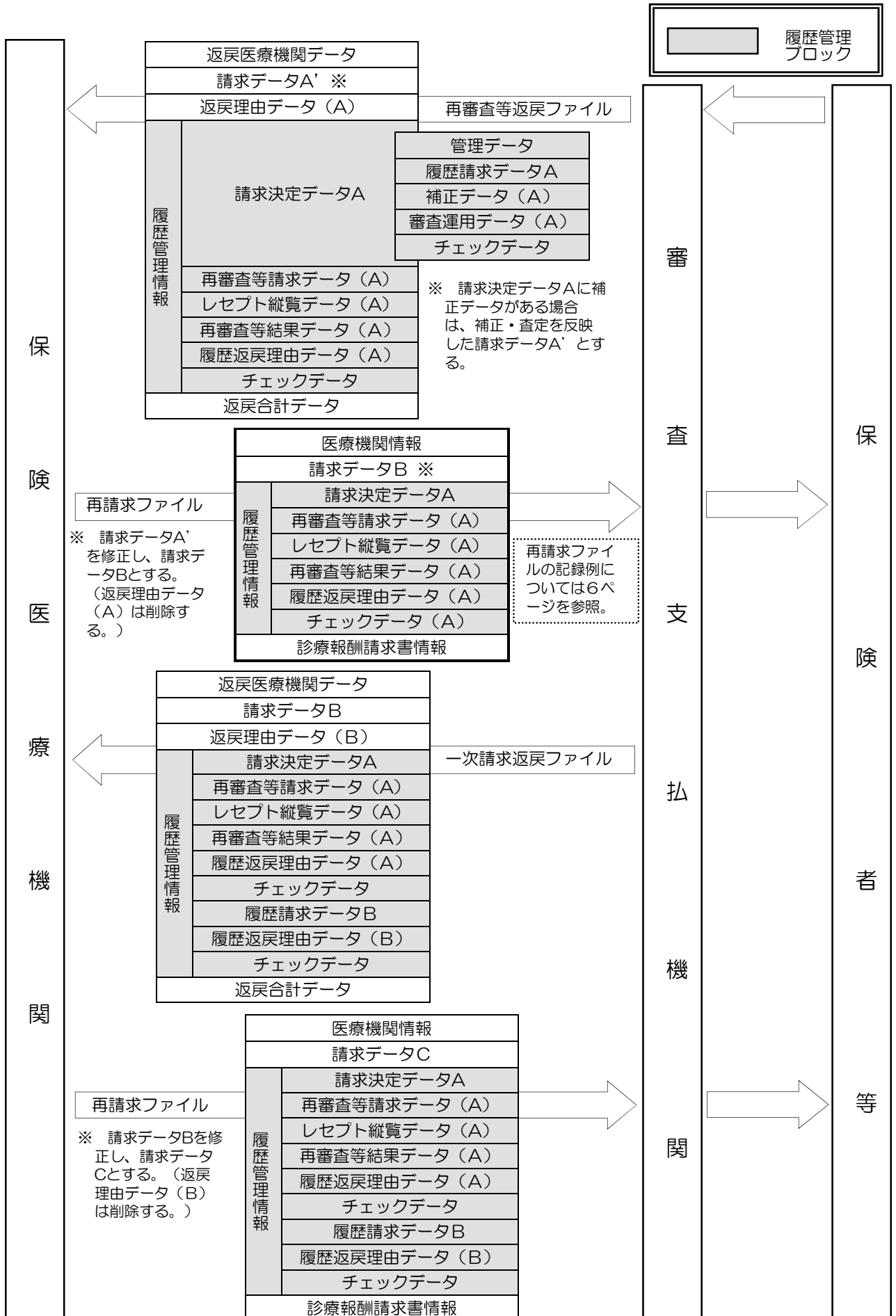
ファイル名	作成者	受領者	状態	記録データ	備考
請求 ファイル	保険医 療機関	審査支 払機関	保険医療機関から の一次請求	医療機関情報、請求データ、診 療報酬請求書情報	一次請求記録条件仕様のとおりと する。
一次請求返戻 ファイル	審査支 払機関	保険医 療機関	保険医療機関への 一次請求返戻レセ プト、再請求返戻 レセプト（一次請 求返戻分）及び再 請求返戻レセプト （再審査等返戻 分）の返戻	返戻医療機関データ、請求デー タ、返戻理由データ、履歴管理 ブロック、返戻合計データ	一次請求返戻レセプトの履歴管理 ブロックは、先頭に履歴管理情報を 付加した履歴請求データ、履歴返戻 理由データ及びチェックデータとす る。
					再請求返戻レセプト（一次請求返 戻分）の履歴管理ブロックは、先頭 に履歴管理情報を付加した履歴請求 データ、履歴返戻理由データ及びチ ェックデータとする。
					再請求返戻レセプト（再審査等返 戻分）の履歴管理ブロックは、先頭 に履歴管理情報を付加した請求決定 データ（管理データ、履歴請求デー タ、補正データ、審査運用データ及 びチェックデータ）、再審査等請求 データ、レセプト縦覧データ、再審 査等結果情報（再審査等結果デー タ、再審査等補正データ、審査運用 データ、履歴返戻理由データ及びチ ェックデータ）、履歴請求データ、 履歴返戻理由データ及びチェックデ ータとする。
再審査等返戻 ファイル	審査支 払機関	保険医 療機関	保険医療機関への 再審査等返戻レセ プトの返戻	返戻医療機関データ、請求デー タ、返戻理由データ、履歴管理 ブロック、返戻合計データ	履歴管理ブロックは、先頭に履歴 管理情報を付加した請求決定デー タ（管理データ、履歴請求データ、補 正データ、審査運用データ、チェッ クデータ）、再審査等請求データ、 レセプト縦覧データ及び再審査等結 果情報（再審査等結果データ、再審 査等補正データ、審査運用データ、 履歴返戻理由データ及びチェックデ ータ）とする。
再請求 ファイル	保険医 療機関	審査支 払機関	保険医療機関から の一次請求返戻レ セプト、再請求返 戻レセプト（一次 請求返戻分）、再 審査等返戻レセ プト及び再請求返 戻レセプト（再審 査等返戻分）の再請 求	医療機関情報、請求データ、履 歴管理ブロック、診療報酬請求 書情報	履歴管理ブロックは、返戻ファイ ル及び再審査等返戻ファイルの履歴 管理ブロックと同じ内容とする。

3 電子レセプトの記録イメージ

(1) 一次請求、一次請求分の返戻、一次請求返戻分の再請求、再請求分の返戻及び再請求返戻分の再請求の場合



(2) 再審査等返戻、再審査等返戻分の再請求、再請求分の返戻及び再請求返戻分の再請求の場合



注 医療機関情報及び診療報酬請求書情報又は返戻医療機関データ及び返戻合計データは、複数レセプトの場合、それぞれファイルの先頭及び最後に記録する。

第2章 一次請求返戻ファイルに係る記録条件仕様

1 電気通信回線

電気通信回線は、ISDN回線を利用したダイヤルアップ接続、閉域IP網を利用したIP-VPN接続またはオープンなネットワークにおいてはIPsec(IETF(Internet Engineering Task Force)において標準とされた、IP(Internet Protocol)レベルの暗号化機能。認証や暗号のプロトコル、鍵交換のプロトコル、ヘッダー構造など複数のプロトコルの総称)とIKE(Internet Key Exchange;IPsecで用いるインターネット標準の鍵交換プロトコル)を組み合わせた接続とする。

2 記録形式

CSV形式とする。

3 ファイル構成

ファイル名を“RECEIPTC”とし、拡張名を“HEN”とする。

4 一次請求返戻ファイル

保険医療機関から審査支払機関へ請求されたレセプトについて、審査支払機関の処理の結果、保険医療機関へ返戻する際の一次請求返戻ファイルの記録条件について定める。

(1) 情報表記仕様

ア 一次請求返戻ファイルの構成

ファイルの構成は、次のとおりとする。

(ア) ファイルは1ボリューム1ファイルとする。

(イ) 1ボリュームに収まらないような保険医療機関単位の返戻レセプトは、レセプト単位に分割して別ボリュームに記録する。

(ウ) ファイルは改行コードにより複数レコードに分割し、レコードの組み合わせにて構成する。

(エ) ファイルは保険医療機関単位に1若しくは複数の返戻レセプトを記録し、先頭に返戻医療機関データ、最後に返戻合計データを付加する。

(オ) 返戻医療機関データは、返戻医療機関レコードで構成する。

(カ) 返戻合計データは、返戻合計レコードで構成する。

(キ) 返戻レセプトには、一次請求返戻レセプト、再請求返戻レセプト(一次請求返戻分)及び再請求返戻レセプト(再審査等返戻分)があり、第1章-1-(1)の請求データに返戻理由データ及び履歴管理ブロックを付加し構成する。

(ク) 請求データは、一次請求記録条件仕様の第1章に規定するレセプトの各種レコード情報で構成する。

(ケ) 返戻理由データは、返戻理由レコードで構成する。(複数記録可能)

(コ) 一次請求返戻レセプトの履歴管理ブロックは、履歴請求データ、履歴返戻理由データ及びチェックデータで構成する。

(サ) 再請求返戻レセプト(一次請求返戻分)の履歴管理ブロックは、履歴請求データ、履歴返戻理由データ及びチェックデータで構成する。

(シ) 再請求返戻レセプト(再審査等返戻分)の履歴管理ブロックは、請求決定データ、再審査等請求データ、レセプト縦覧データ、再審査等結果情報、履歴請求データ、履歴返戻理由データ及びチェックデータで構成する。

(ス) 履歴管理ブロックの請求決定データは、管理データ、履歴請求データ、補正データ、審査運用データ及びチェックデータで構成する。

(セ) 再審査等結果が査定等の場合、履歴管理ブロックの再審査等結果情報は、再審査等結果データ、再審査等補正データ、審査運用データ及びチェックデータで構成する。

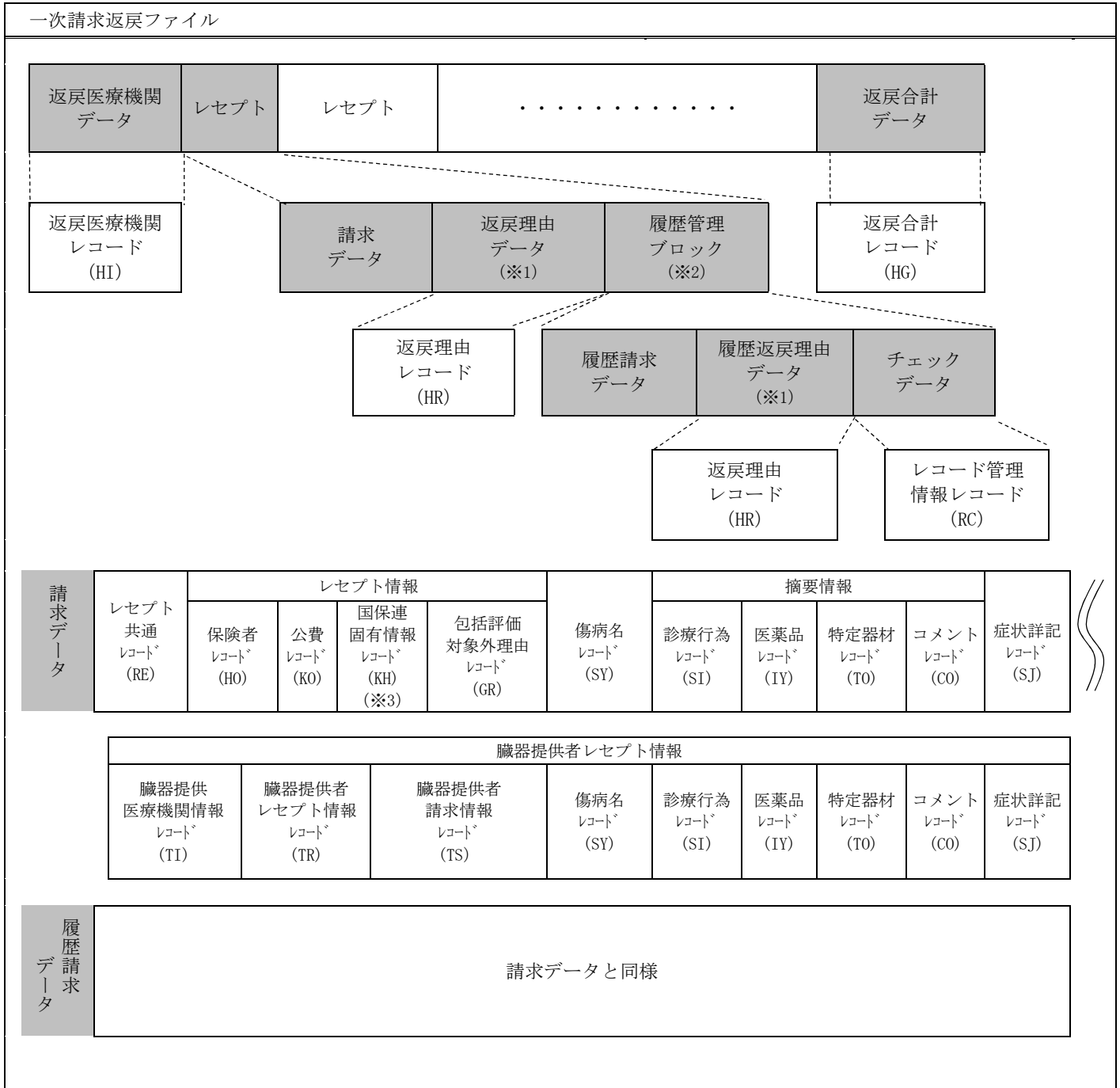
(ソ) 再審査等結果が返戻の場合、履歴管理ブロックの再審査等結果情報は、再審査等結果データ、履歴返戻理

由データ及びチェックデータで構成する。

- (タ) 履歴管理ブロックの履歴請求データは、一次請求記録条件仕様の第1章に規定するレセプトの各種レコード情報で構成する。ただし、請求決定データの履歴請求データには、医療機関情報レコードを含む。
- (チ) 履歴管理ブロックの履歴返戻理由データは、返戻理由レコードで構成する。(複数記録可能)
- (ツ) 履歴管理ブロックのチェックデータは、レコード管理情報レコードで構成する。
- (テ) 履歴管理ブロックの管理データは、レセプト管理レコードで構成する。
- (ト) 履歴管理ブロックの補正データは、一次請求記録条件仕様の第1章に規定するレセプトの各種レコード情報及び事由レコードで構成する。
- (ナ) 履歴管理ブロックの審査運用データは、審査運用レコードで構成する。
- (ニ) 履歴管理ブロックの再審査等請求データは、再審査等申し出レコード及び理由対象レコードで構成する。(複数記録可能)
- (ヌ) 履歴管理ブロックのレセプト縦覧データは、レセプト縦覧レコードで構成する。(複数記録可能)
- (ネ) 履歴管理ブロックの再審査等結果データは、再審査等申し出結果レコードで構成する。(複数記録可能)
- (ノ) 履歴管理ブロックの再審査等補正データは、一次請求記録条件仕様の第1章に規定するレセプトの各種レコード情報及び事由レコードで構成する。
- (ハ) 履歴管理ブロックの各レコードには、データ識別、行番号及び枝番号で構成する履歴管理情報を付加する。レコード先頭1文字目が数字であれば履歴管理ブロックであると判断可能である。
- (ヒ) ファイル最終レコードは、改行コードの後にファイルの終わりを示す1バイトの文字列(E O Fコード)を記録する。

イ 一次請求返戻ファイル構成イメージ

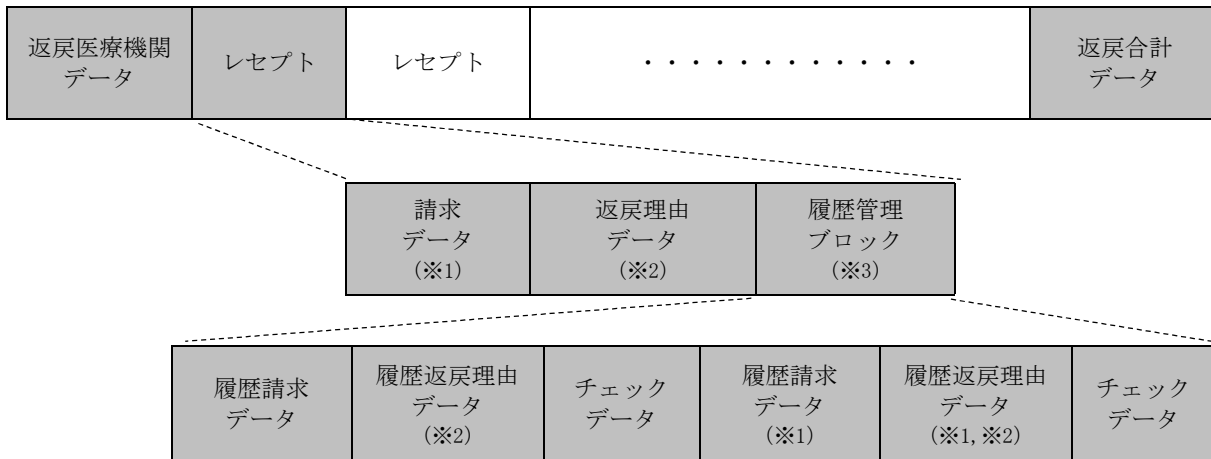
(ア) 一次請求返戻レセプト



- ※1 返戻理由データ及び履歴返戻理由データは複数記録する場合がある。
- ※2 履歴管理ブロックの各レコードの先頭に履歴管理情報が付される。
- ※3 平成28年3月診療以前分であって、平成30年4月以前に国民健康保険団体連合会へ一次請求された場合のみ記録する。

(イ) 再請求返戻レセプト (一次請求返戻分)

一次請求返戻ファイル



注 前 (ア) と同一箇所は省略。

※1 再請求されたレセプトの請求データ、履歴請求データ及び履歴返戻理由データが記録される。

※2 返戻理由データ及び履歴返戻理由データは複数記録する場合がある。

※3 履歴管理ブロックの各レコードの先頭に履歴管理情報が付される。

(ウ) 再請求返戻レセプト (再審査等返戻分)

a 初回の再審査等請求で返戻された場合のレセプト

一次請求返戻ファイル

返戻医療機関 データ	レセプト	レセプト	返戻合計 データ
---------------	------	------	-------	-------------

請求 データ (※1)	返戻理由 データ (※1, ※2)	履歴管理 ブロック (※3)
-------------------	-------------------------	----------------------

請求決定 データ	再審査等 請求データ (※2)	レセプト 縦覧 データ (※2)	再審査等 結果情報 (返戻)	履歴請求 データ (※1)	履歴返戻 理由データ (※1, ※2)	チェック データ
-------------	-----------------------	---------------------------	----------------------	---------------------	---------------------------	-------------

管理 データ	履歴請求 データ (※4)	補正 データ	審査 運用 データ	チェック データ	再審査等 申し出 レコード (MD)	理由対象 レコード (RT)	レセプト 縦覧 レコード (JR)	再審査等 結果データ (※2)	履歴返戻 理由データ (※2)	チェック データ
レセプト管理 レコード (MN)	審査運用 レコード (EX)	レコード管理 情報レコード (RC)			再審査等申し出 結果レコード (MK)	返戻理由 レコード (HR)	レコード管理 情報レコード (RC)			

履歴請求 データ(※4)	医療機関 情報レコード (IR)	レセプト 共通レコード (RE)	レセプト情報				傷病名 レコード (SY)	摘要情報				症状詳記 レコード (SJ)
			保険者 レコード (HO)	公費 レコード (KO)	国保連 固有情報 レコード (KH) (※5)	包括評価 対象外理由 レコード (GR)		診療行為 レコード (SI)	医薬品 レコード (IY)	特定器材 レコード (TO)	コメント レコード (CO)	

臓器提供者レセプト情報									
臓器提供 医療機関情報 レコード (TI)	臓器提供者 レセプト情報 レコード (TR)	臓器提供者 請求情報 レコード (TS)	傷病名 レコード (SY)	診療行為 レコード (SI)	医薬品 レコード (IY)	特定器材 レコード (TO)	コメント レコード (CO)	症状詳記 レコード (SJ)	

補正 データ	レセプト 共通レコード (RE)	レセプト情報				傷病名 レコード (SY)	摘要情報				症状詳記 レコード (SJ)
		保険者 レコード (HO)	公費 レコード (KO)	国保連 固有情報 レコード (KH) (※5)	包括評価 対象外理由 レコード (GR)		診療行為 レコード (SI)	医薬品 レコード (IY)	特定器材 レコード (TO)	コメント レコード (CO)	

臓器提供者レセプト情報									
臓器提供 医療機関情報 レコード (TI)	臓器提供者 レセプト情報 レコード (TR)	臓器提供者 請求情報 レコード (TS)	傷病名 レコード (SY)	診療行為 レコード (SI)	医薬品 レコード (IY)	特定器材 レコード (TO)	コメント レコード (CO)	症状詳記 レコード (SJ)	事由 レコード (JY)

注 前 (ア) と同一箇所は省略。

- ※1 再請求されたレセプトの請求データ、返戻理由データ、履歴請求データ及び履歴返戻理由データが記録される。
- ※2 返戻理由データ、再審査等請求データ、レセプト縦覧データ、再審査等結果データ及び履歴返戻理由データは複数記録する場合がある。
- ※3 履歴管理ブロックの各レコードの先頭に履歴管理情報が付される。
- ※4 請求決定データの履歴請求データには、医療機関情報レコードが記録される。
- ※5 平成28年3月診療以前分であって、平成30年4月以前に国民健康保険団体連合会へ一次請求された場合のみ記録する。

ウ レコード形式

(ア) レコード形式は可変長レコードとし、各レコードの末尾には改行コードを入れる。

(イ) レコード内の各項目間は、コンマで区切る。(数値項目の編集に、位取り用のコンマを使用しない。)

(ウ) 各項目は最大バイト数を規定し、項目形式が固定の項目については最大バイト数で記録し、可変の項目については有効桁(文字)までの記録とする。

なお、有効桁(文字)以降に継続する“スペース”は記録しない。

モード(項目形式)毎の文字種別及び詳細内容は次のとおりとする。

モード	項目形式	文字種別	詳細内容
数字	可変	半角数字	上位桁のゼロ及び小数点以下の下位桁のゼロを除いた数字(小数点以下が全てゼロの場合は小数点も除く)を記録する。ただし、別表等に規定されているコードの1文字目等の“0”及び特に定める場合の“0”については記録する。 【記録例】 (誤)「001」→(正)「1」 ※別表等に規定されているコードが“001”である場合(正)「001」 (誤)「1.0」→(正)「1」 (誤)「1.10」→(正)「1.1」 (誤)「0.00」→(正)「0」
	固定	半角数字	最大バイト数で記録する。
英数	可変	半角英数	有効文字までの記録とする。
	固定	半角英数	最大バイト数で記録する。
漢字	可変	全角文字	有効文字までの記録とする。
	固定	全角文字	最大バイト数で記録する。

(エ) データ及びレコードの種類は、返戻医療機関データ(返戻医療機関レコード)、請求データ(レセプト共通情報(レセプト共通レコード)、レセプト情報(保険者レコード、公費レコード、国保連固有情報レコード、包括評価対象外理由レコード)、傷病名情報(傷病名レコード)、摘要情報(診療行為レコード、医薬品レコード、特定器材レコード、コメントレコード)、症状詳記情報(症状詳記レコード)、臓器提供者レセプト情報(臓器提供医療機関情報レコード、臓器提供者レセプト情報レコード、臓器提供者請求情報レコード、傷病名レコード、診療行為レコード、医薬品レコード、特定器材レコード、コメントレコード、症状詳記レコード)、返戻理由データ(返戻理由レコード)、履歴管理ブロック(請求決定データ(管理データ(レセプト管理レコード)、履歴請求データ(医療機関情報(医療機関情報レコード)、レセプト共通情報(レセプト共通レコード)、レセプト情報(保険者レコード、公費レコード、国保連固有情報レコード、包括評価対象外理由レコード)、傷病名情報(傷病名レコード)、摘要情報(診療行為レコード、医薬品レコード、特定器材レコード、コメントレコード)、症状詳記情報(症状詳記レコード)、臓器提供者レセプト情報(臓器提供医療機関情報レコード、臓器提供者レセプト情報レコード、臓器提供者請求情報レコード、傷病名レコード、診療行為レコード、医薬品レコード、特定器材レコード、コメントレコード、症状詳記レコード)、補正データ(レセプト共通情報(レセプト共通レコード)、レセプト情報(保険者レコード、公費レコード、国保連固有情報レコード、包括評価対象外理由レコード)、傷病名情報(傷病名レコード)、摘要情報(診療行為レコード、医薬品レコード、特定器材レコード、コメントレコード)、症状詳記情報(症状詳記レコード)、臓器提供者レセプト情報(臓器提供医療機関情報レコード、臓器提供者レセプト情報レコード、臓器提供者請求情報レコード、傷病名レコード、診療行為レコード、医薬品レコード、特定器材レコード、コメントレコード、症状詳記レコード)、事由レコード)、審査運用データ(審査運用レコード)、チェックデータ(レコード管理情報レコード)、再審査等請求データ(再審査等申し出レコード、理由対象レコード)、レセプト縦覧データ(レセプト縦覧レコード)、再審査等結果情報(再審査等結果データ(再審査等申し出結果レコード)、再審査等補正データ(レセプト共通情報(レセプト共通レコード)、レセプト情報(保険者レコード、公費レコード、国保連固有情報レコード、包括評価対象外理由レコード)、傷病名情報(傷病名レコード)、摘要情報(診療行為レコード、医薬品レコード、特定器材レコード、コメントレコード)、症状詳記情報(症状詳記レコード)、臓器提供者レセプト情報(臓器提供医療機関情報レコード、臓器提供者レセプト情報レコード、臓器提供者請求情報レコード、傷病名レコード、診療行為レコード、医薬品レコード、特定器材レコード、コメントレコード、症状詳記レコード)、事由レコード)、審査運用データ(審査運用レコード)、履歴返戻理由データ(返戻理由レコード)、チェックデータ(レコード管理情報レコード)、履歴請求データ(レセプト共通情報(レセプト共通レコード)、レセプト情報(保険者レコード、公費レコード、国保連固有情報レコード、包括評価対象外理由レコード)、傷病名情報(傷病名レコード)、摘要情報(診療行為レコード、医薬品レコード、特定器材レコード、コメントレコード)、症状詳記情報(症状詳記レコード)、臓器提供者レセプト情報(臓器提供医療機関情報レコード、臓器提供者レセプト情報レコード、臓器提供者請求情報レコード、傷病名レコード、診療行為レコー

ド、医薬品レコード、特定器材レコード、コメントレコード、症状詳記レコード))、履歴返戻理由データ (返戻理由レコード) 、チェックデータ (レコード管理情報レコード)) 及び返戻合計データ (返戻合計レコード) とする。

(オ) 各レコードの先頭にはレコードの識別情報を記録する。ただし、履歴管理ブロックの各レコードの先頭には履歴管理情報を記録する。

a 一次請求返戻レセプト及び再請求返戻レセプト（一次請求返戻分）の場合

レコード種別		モード	バイト	識別情報	備考
返戻医療機関レコード		英数	2	HI	保険医療機関単位データの先頭に記録必須
レセプト共通レコード				RE	レセプト単位データの先頭に記録必須
レセプト情報	保険者レコード			HO	医療保険レセプトの場合に記録
	公費レコード			KO	公費負担医療レセプトの場合に記録
	国保連固有情報レコード			KH	国保連固有情報の場合に記録
	包括評価対象外理由レコード			GR	包括評価の対象外となった理由を記録
傷病名レコード				SY	傷病名を記録
摘要情報	診療行為レコード			SI	診療行為を記録
	医薬品レコード			IY	医薬品を記録
	特定器材レコード			TO	特定器材を記録
	コメントレコード			CO	コメントを記録
症状詳記レコード				SJ	症状詳記を記録
臓器提供者レセプト情報	臓器提供医療機関情報レコード			TI	臓器提供医療機関単位データの先頭に記録必須
	臓器提供者レセプト情報レコード			TR	臓器提供者レセプト単位データの先頭に記録必須
	臓器提供者請求情報レコード			TS	全レセプト種別の請求情報として記録必須
	傷病名レコード			SY	傷病名を記録
	診療行為レコード			SI	診療行為を記録
	医薬品レコード			IY	医薬品を記録
	特定器材レコード			TO	特定器材を記録
	コメントレコード			CO	コメントを記録
	症状詳記レコード			SJ	症状詳記を記録
返戻理由レコード				HR	返戻理由を記録
履歴管理ブロック	履歴請求データ			RE等	履歴管理情報の付された※請求データを記録
	返戻理由レコード			HR	履歴管理情報の付された返戻理由レコードを記録
	レコード管理情報レコード			RC	審査支払機関が当該レセプトを識別する情報を記録
返戻合計レコード				HG	保険医療機関単位データの最後に記録必須

注1 国民健康保険、退職者医療又は後期高齢者医療については、医療保険を国民健康保険、退職者医療又は後期高齢者医療と読み替える。

2 国保連固有情報レコードについては、平成28年3月診療以前分であって、平成30年4月以前に国民健康保険団体連合会へ一次請求された場合のみ記録する。

b 再請求返戻レセプト（再審査等返戻分）の場合

レコード種別		モード	バイト	識別情報	備考
返戻医療機関レコード				HI	保険医療機関単位データの先頭に記録必須
レセプト共通レコード				RE	レセプト単位データの先頭に記録必須
レセプト情報	保険者レコード			HO	医療保険レセプトの場合に記録
	公費レコード			KO	公費負担医療レセプトの場合に記録
	国保連固有情報レコード			KH	国保連固有情報の場合に記録
	包括評価対象外理由レコード			GR	包括評価の対象外となった理由を記録
	傷病名レコード			SY	傷病名を記録
摘要情報	診療行為レコード			SI	診療行為を記録
	医薬品レコード			IY	医薬品を記録
	特定器材レコード			TO	特定器材を記録
	コメントレコード			CO	コメントを記録
症状詳記レコード				SJ	症状詳記を記録
臓器提供者レセプト情報	臓器提供医療機関情報レコード			TI	臓器提供医療機関単位データの先頭に記録必須
	臓器提供者レセプト情報レコード			TR	臓器提供者レセプト単位データの先頭に記録必須
	臓器提供者請求情報レコード	英数	2	TS	全レセプト種別の請求情報として記録必須
	傷病名レコード			SY	傷病名を記録
	診療行為レコード			SI	診療行為を記録
	医薬品レコード			IY	医薬品を記録
	特定器材レコード			TO	特定器材を記録
	コメントレコード			CO	コメントを記録
	症状詳記レコード			SJ	症状詳記を記録
	返戻理由レコード				HR
履歴管理ブロック	請求決定データ	レセプト管理レコード		MN	レセプト共通キーなどの情報を記録
		医療機関情報レコード		IR	医療機関情報を記録
		履歴請求データ		RE等	履歴管理情報の付された※請求データを記録
		補正データ		RE等	履歴管理情報の付された※請求データを記録
		事由レコード		JY	補正箇所と補正事由を記録
		審査運用レコード		EX	審査支払機関による運用で付加する情報を記録
		レコード管理情報レコード		RC	審査支払機関が当該レセプトを識別する情報を記録

レコード種別		モード	バイト	識別情報	備考	
履歴管理ブロック	再審査等請求データ	再審査等申し出レコード	英数	2	MD	再審査等申し出理由を記録
		理由対象レコード			RT	申し出理由の対象を記録
	レセプト縦覧レコード				JR	関連するレセプトの検索番号等を記録
	再審査等結果情報	再審査等申し出結果レコード			MK	審査支払機関での再審査等結果を記録
		再審査等補正データ			RE等	履歴管理情報の付された※請求データを記録
		事由レコード			JY	補正箇所と補正事由を記録
		審査運用レコード			EX	審査支払機関による運用で付加する情報を記録
		返戻理由レコード			HR	履歴管理情報の付された返戻理由レコードを記録
	レコード管理情報レコード				RC	審査支払機関が当該レセプトを識別する情報を記録
	履歴請求データ				RE等	履歴管理情報の付された※請求データを記録
	返戻理由レコード				HR	履歴管理情報の付された返戻理由レコードを記録
	レコード管理情報レコード				RC	審査支払機関が当該レセプトを識別する情報を記録
	返戻合計レコード				HG	保険医療機関単位データの最後に記録必須

注1 国民健康保険、退職者医療又は後期高齢者医療については、医療保険を国民健康保険、退職者医療又は後期高齢者医療と読み替える。

2 医療機関情報レコードの「医療機関名称」項目について、保険医療機関側の記録内容と審査支払機関が管理する名称が異なる場合は、審査支払機関が管理する名称に置き換える。

3 国保連固有情報レコードについては、平成28年3月診療以前分であって、平成30年4月以前に国民健康保険団体連合会へ一次請求された場合のみ記録する。

エ 内容を表現する文字の符号

内容を記録する文字の符号は、JISX0201-1976の8単位符号及びJISX0208-1983の附属書1にて規定されているシフト符号化表現（シフトJIS）によるものとする。

なお、内容を記録する文字以外の制御符号は、次のとおりとする。

符号名称	図形記号	16進数	バイト数	用途
コンマ	,	(2C)	1	項目の区切りを表現する。
引用符	"	(22)	1	使用しない。
改行コード		(0D) (0A)	2	レコードの区切りを表現する。
EOFコード		(1A)	1	ファイルの終わりを表現する。

注 16進数は、0から9及びAからFを括弧でくくって表現する。

(2) 各種レコードの記録要領に関する事項

モードは入力する文字の種別、最大バイトは項目の最大バイト数、項目形式は項目長が固定長か可変長かを示す。

ア 返戻医療機関データ

返戻医療機関レコード

項目	モード	最大バイト	項目形式	記録内容	備考
レコード識別情報	英数	2	固定	“HI”を記録する。	
審査支払機関	数字	1	固定	審査支払機関コード(別表1)を記録する。	
請求年月	数字	5	固定	1 保険医療機関が請求処理を行った年月(審査支払機関が返戻処理を行った年月)を記録する。 2 数字“GYMM”の形式で記録する。	
都道府県	数字	2	固定	保険医療機関の所在する都道府県コード(別表2)を記録する。	
点数表	数字	1	固定	保険医療機関が使用する点数表コード(別表3)を記録する。	
医療機関コード	数字	7	固定	保険医療機関について定められた医療機関コードを記録する。	
予備	数字	2	可変	記録を省略する。	
マルチボリューム識別情報	数字	2	固定	ボリューム単位毎に“00”から昇順に2桁の連続番号を記録する。	

注 GYMMのGは年号区分コード(別表4)、YYは和暦年、MMは月を示す。

イ 請求データ

一次請求記録条件仕様の第1章-3-(4)の「各種レコードの記録要領に関する事項」のイ〜キと同じ。

ウ 返戻理由データ

返戻理由レコード

項目	モード	最大バイト	項目形式	記録内容	備考
レコード識別情報	英数	2	固定	“HR”を記録する。	
処理年月	数字	5	固定	1 審査支払機関で返戻処理を行った年月を記録する。 2 数字“GYMM”の形式で記録する。	
返戻区分	数字	1	固定	返戻区分コード(別表5)を記録する。	
診療識別	数字	2	可変	1 診療識別コード(医科)(別表6)を記録する。 2 診療識別が特定できない場合は、記録を省略する。	
返戻事由コード	英数	5	可変	審査支払機関が定める返戻事由コードを記録する。	
返戻理由	漢字	1000	可変	返戻理由文字列を記録する。	
補足事項	漢字	1000	可変	1 返戻理由補足情報を記録する。 2 返戻理由補足情報がない場合は、記録を省略する。	
補正情報	数字	1	可変	記録を省略する。	
増減点連絡書年月	数字	5	可変	記録を省略する。	
検索番号	数字	30	可変	請求データのレセプト共通レコードの検索番号と同じ検索番号を記録する。(17~30桁で構成する。)	

項目	モード	最大バイト	項目形式	記録内容	備考
複数レセプト検索番号	数字	30	可変	1 同一理由により複数レセプトを同時返戻する場合は、相手レセプトの検索番号を記録する。 2 単一レセプトのみ返戻の場合は、記録を省略する。	
予備	英数	5	可変	記録を省略する。	
予備	英数 又は 漢字	10	可変	記録を省略する。	
予備	英数 又は 漢字	30	可変	記録を省略する。	

注 GYYMMのGは年号区分コード(別表4)、YYは和暦年、MMは月を示す。

エ 履歴管理ブロック

履歴管理ブロックには履歴管理情報として、各レコード先頭にデータ識別、行番号及び枝番号を記録する。

(ア) 請求決定データ

a 管理データ

レセプト管理レコード

項目	モード	最大バイト	項目形式	記録内容	備考
データ識別	数字	2	可変	データ識別コード(別表7)を記録する。	
行番号	数字	5	可変	レセプト内通し番号を記録する。	
枝番号	数字	3	可変	レセプト内通し番号の枝番号を記録する。	
レコード識別情報	英数	2	固定	“MN”を記録する。	
レセプト管理番号	数字	16	可変	数字“XXXXXXXXXXXXXXXX”の形式で記録する。 (9～16桁で構成する。)	
保険医療機関の所在地	漢字	80	可変	保険医療機関の所在地を記録する。	
予備	数字	30	可変	検索番号を記録する。	
予備	数字	1	可変	公費併用分は1～5を記録する。	
予備	数字	1	可変	記録を省略する。	
予備	英数 又は 漢字	100	可変	記録を省略する。	

b 履歴請求データ

項目	モード	最大バイト	項目形式	記録内容	備考
データ識別	数字	2	可変	データ識別コード(別表7)を記録する。	
行番号	数字	5	可変	レセプト内通し番号を記録する。	
枝番号	数字	3	可変	レセプト内通し番号の枝番号を記録する。	
請求データ				一次請求記録条件仕様の第1章-3-(4)の「各種レコードの記録要領に関する事項」のア～キと同じ。	

c 補正データ

(a) レセプト共通レコード等

項目	モード	最大バイト	項目形式	記録内容	備考
データ識別	数字	2	可変	データ識別コード(別表7)を記録する。	
行番号	数字	5	可変	レセプト内通し番号を記録する。	
枝番号	数字	3	可変	レセプト内通し番号の枝番号を記録する。	
レセプト共通レコード等				補正が発生したレセプトの場合は、一次請求記録条件仕様の第1章-3-(4)の「各種レコードの記録要領に関する事項」のイ〜キの補正後の内容を記録する。	

(b) 事由レコード

項目	モード	最大バイト	項目形式	記録内容	備考
データ識別	数字	2	可変	データ識別コード(別表7)を記録する。	
行番号	数字	5	可変	レセプト内通し番号を記録する。	
枝番号	数字	3	可変	レセプト内通し番号の枝番号を記録する。	
レコード識別情報	英数	2	固定	“JY”を記録する。	
補正区分	数字	1	固定	1 追加の場合は、“1”を記録する。 2 修正の場合は、“2”を記録する。 3 削除の場合は、“3”を記録する。	
補正対象行番号	数字	5	可変	補正の対象となるレコードの行番号を記録する。	
補正対象枝番号	数字	3	可変	補正の対象となるレコードの枝番号を記録する。	
事由対象項目番号	英数	200	可変	補正事由を記録する対象となる項目番号(「一次請求記録条件仕様」に規定する各レコードの項目位置)を記録する。	
事由コード	英数	20	可変	事由コード(別表8)を記録する。	
補正後行番号	数字	5	可変	補正後のレコードを記録した行番号を記録する。	
補正後枝番号	数字	3	可変	補正後のレコードを記録した枝番号を記録する。	
予備	数字	30	可変	記録を省略する。	

注 事由対象項目番号は、補正区分が“2”で、事由コードの記録がある場合に記録される。

なお、補正事由を記録する対象となる項目番号が複数ある場合は、「:」で区切り列記する。

また、事由コードが複数ある場合についても、「:」で区切り列記する。

d 審査運用データ
審査運用レコード

項目	モード	最大 バイト	項目 形式	記録内容	備考
データ識別	数字	2	可変	データ識別コード（別表7）を記録する。	
行番号	数字	5	可変	レセプト内通し番号を記録する。	
枝番号	数字	3	可変	レセプト内通し番号の枝番号を記録する。	
レコード識別情報	英数	2	固定	“EX”を記録する。	
振替先保険者番号	英数	8	可変	1 保険者番号に振替があった場合は、振替先の保険者番号を記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。	
振替先第四公費負担者番号	数字	8	可変	1 第四公費負担者番号に振替があった場合は、振替先の第四公費負担者番号を記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。	
振替先第一公費負担者番号	数字	8	可変	1 第一公費負担者番号に振替があった場合は、振替先の第一公費負担者番号を記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。	
振替先第二公費負担者番号	数字	8	可変	1 第二公費負担者番号に振替があった場合は、振替先の第二公費負担者番号を記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。	
振替先第三公費負担者番号	数字	8	可変	1 第三公費負担者番号に振替があった場合は、振替先の第三公費負担者番号を記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。	
予備	数字	10	可変	記録を省略する。	
単独請求分レセプト区分	数字	1	可変	1 併用レセプトで請求され、請求に係るすべての公費レコードの合計点数が0点であり、医療保険のみの請求となった場合は、“1”を記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。	
医療費通知対象レセプト区分	数字	1	可変	1 医療費通知対象レセプトの場合は、“1”を記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。	
特別審査委員会	数字	1	可変	1 特別審査委員会で審査を行ったレセプトの場合は、“1”を記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。	
特別審査委員会処理年月	数字	5	可変	1 特別審査委員会で審査を行った処理年月を和暦で年号区分コードを含めて記録する。 2 数字“GYMM”の形式で記録する。 3 その他の場合は、記録を省略する。	
添付文書情報	数字	1	可変	1 保険医療機関から紙で添付文書が提出されているレセプトの場合は、“1”を記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。	
審査支払機関使用欄	英数 又は 漢字	1000	可変	審査支払機関が使用する情報を記録する。	

注1 GYMMのGは年号区分コード（別表4）、YYは和暦年、MMは月を示す。

2 審査運用（EX）レコードは複数レコードに記録し、審査支払機関使用欄のみの記録とする場合がある。
なお、審査支払機関使用欄のみに記録された場合は、枝番号の1の位に「1」を記録する。

e チェックデータ
レコード管理情報レコード

項目	モード	最大バイト	項目形式	記録内容	備考
データ識別	数字	2	可変	データ識別コード（別表7）を記録する。	
行番号	数字	5	可変	レセプト内通し番号を記録する。	
枝番号	数字	3	可変	レセプト内通し番号の枝番号を記録する。	
レコード識別情報	英数	2	固定	“RC”を記録する。	
管理情報	英数	100	可変	審査支払機関が当該レセプトを識別する情報を記録する。	

(イ) 再審査等請求データ

a 再審査等申し出レコード

項目	モード	最大バイト	項目形式	記録内容	備考
データ識別	数字	2	可変	データ識別コード（別表7）を記録する。	
行番号	数字	5	可変	レセプト内通し番号を記録する。	
枝番号	数字	3	可変	レセプト内通し番号の枝番号を記録する。	
レコード識別情報	英数	2	固定	“MD”を記録する。	
申し出一連番号	数字	3	可変	再審査等申し出レコード記録順に1から昇順に連続番号を記録する。	
申し出受付年月日	数字	7	可変	審査支払機関で再審査等請求を受け付けた年月日を数字“GYMMDD”の形式で記録する。	
整理番号	数字	30	可変	1 保険者等で管理する整理番号がある場合は、申し出一連番号“1”の再審査等申し出レコードに当該整理番号を記録する。（社会保険診療報酬支払基金の場合は、整理番号は17桁までとする。） 2 保険者等で管理する整理番号がない場合は、申し出一連番号“1”の再審査等申し出レコードに検索番号を記録する。 3 申し出一連番号“1以外”の再審査等申し出レコードの場合は、記録を省略する。	
請求回数	数字	2	可変	1 申し出一連番号“1”の再審査等申し出レコードの場合は、当該レセプトの再審査等請求回数を記録する。 2 申し出一連番号“1以外”の再審査等申し出レコードの場合は、記録を省略する。	
理由番号	数字	6	固定	理由番号コード（別表9）を記録する。	
理由番号補足	漢字	200	可変	1 理由番号コード（別表9）から理由番号補足が必要な場合は、記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。	
理由年月日1	数字	7	可変	1 理由番号コード（別表9）から理由年月日1が必要な場合は、記録する。 2 数字“GYMMDD”の形式で記録する。 3 その他の場合は、記録を省略する。	
理由年月日2	数字	7	可変	1 理由番号コード（別表9）から理由年月日2が必要な場合は、記録する。 2 数字“GYMMDD”の形式で記録する。 3 その他の場合は、記録を省略する。	

項目	モード	最大バイト	項目形式	記録内容	備考	
理由内容	コード	数字	6	可変	1 理由番号コード（別表9）から理由内容が必要な場合は、理由内容コード（別表10）を記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。	
	保険者等使用欄	数字	6	可変	1 保険者等での固有の情報を記録する。 2 記録は任意とする。	
	フリー入力	漢字	500	可変	1 理由内容コード（別表10）で示した内容（未コード化理由内容コードは除く。）の先頭に、フリー入力が必要な場合は、記録する。 2 理由内容コード（別表10）が、未コード化理由内容コードの場合は、記録する。 3 その他の場合は、記録を省略する。	
補足	漢字	1000	可変	1 理由番号コード（別表9）から補足が必要な場合は、記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。		
医療機関等連絡	数字	1	可変	1 当該申し出内容について保険医療機関と連絡調整済みの場合は、医療機関等連絡コード（別表11）を記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。		
返付依頼整理番号	数字	30	可変	1 理由番号コード（別表9）から返付依頼整理番号が必要な場合は、記録する。 2 審査支払機関からのレセプトの返付依頼時に審査支払機関が設定した番号を記録する。 3 その他の場合は、記録を省略する。	番号は審査支払機関で任意に設定される。	
保険者等使用欄	英数 又は 漢字	30	可変	1 保険者等での固有の情報を記録する。 2 英数モードと漢字モードの文字を混在して記録しない。 3 記録は任意とする。		
予備	漢字	2400	可変	記録を省略する。		
予備	英数	5	可変	記録を省略する。		
予備	英数 又は 漢字	10	可変	記録を省略する。		
予備	英数 又は 漢字	30	可変	記録を省略する。		
予備	数字	30	可変	記録を省略する。		
予備	英数	100	可変	記録を省略する。		

注1 再審査等申し出レコードが複数ある場合は、申し出一連番号“1”に主たる理由番号の申し出を記録する。
2 GYYMDDのGは年号区分コード（別表4）、YYは和暦年、MMは月、DDは日を示す。

b 理由対象レコード

項目	モード	最大バイト	項目形式	記録内容	備考
データ識別	数字	2	可変	データ識別コード（別表7）を記録する。	
行番号	数字	5	可変	レセプト内通し番号を記録する。	
枝番号	数字	3	可変	レセプト内通し番号の枝番号を記録する。	
レコード識別情報	英数	2	固定	“RT”を記録する。	
申し出一連番号	数字	3	可変	再審査等申し出レコードに記録した申し出一連番号に対応する申し出一連番号を記録する。	
理由対象区分	数字	1	固定	理由対象区分コード（別表12）を記録する。	
理由対象一連番号	数字	3	可変	申し出一連番号ごとに、理由対象レコード記録順に1から昇順に連続番号を記録する。	
理由対象行番号	数字	5	可変	理由内容の『対象』及び「参照」となるレコードの行番号を記録する。	
理由対象枝番号	数字	3	可変	理由内容の『対象』及び「参照」となるレコードの枝番号を記録する。	

- 注1 理由対象レコードは、再審査等申し出レコードの理由内容に『対象』及び「参照」が必要な場合に記録する。
 2 『対象』と「参照」を共に記録する場合は、『対象』、「参照」の順に記録する。
 3 理由対象区分コードが“1（指定するレコードが『対象』の場合）”のときは、診療行為レコード、医薬品レコード及び特定器材レコードの行番号及び枝番号を指定する。
 4 理由対象区分コードが“2（指定するレコードが「参照」の場合）”のときは、傷病名レコード、診療行為レコード、医薬品レコード、特定器材レコード及びコメントレコードの行番号及び枝番号を指定する。
 5 事由レコードの補正区分が“2（修正）”の場合は、事由レコードの補正対象行番号及び補正対象枝番号に記録されている行番号及び枝番号については指定しない。

(ウ) レセプト縦覧データ
レセプト縦覧レコード

項目	モード	最大バイト	項目形式	記録内容	備考
データ識別	数字	2	可変	データ識別コード（別表7）を記録する。	
行番号	数字	5	可変	レセプト内通し番号を記録する。	
枝番号	数字	3	可変	レセプト内通し番号の枝番号を記録する。	
レコード識別情報	英数	2	固定	“JR”を記録する。	
縦覧区分	数字	1	固定	縦覧区分コード（別表13）を記録する。	
検索番号	数字	30	可変	1 縦覧区分コードが“1”の場合は、当該再審査等請求レセプトに対して、縦覧相手となるレセプトの検索番号を記録する。 2 その他の場合は、記録を任意とする。	

項 目	モード	最大 バイト	項目 形式	記 録 内 容	備 考
整理番号等	数字	30	可変	1 縦覧区分コードが“2”及び“3”の場合は、当該再審査等請求レセプトに対して、縦覧相手となるレセプト等の整理番号等を記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。	
予備	英数	5	可変	記録を省略する。	
予備	英数 又は 漢字	10	可変	記録を省略する。	
予備	英数 又は 漢字	30	可変	記録を省略する。	
予備	数字	30	可変	記録を省略する。	
予備	英数	100	可変	記録を省略する。	

注 他のレセプトを縦覧しないで再審査等請求する場合は、レセプト縦覧レコードの記録を省略する。

(エ) 再審査等結果情報

a 再審査等結果データ

再審査等申し出結果レコード

項 目	モード	最大 バイト	項目 形式	記 録 内 容	備 考
データ識別	数字	2	可変	データ識別コード（別表7）を記録する。	
行番号	数字	5	可変	レセプト内通し番号を記録する。	
枝番号	数字	3	可変	レセプト内通し番号の枝番号を記録する。	
レコード識別情報	英数	2	固定	“MK”を記録する。	
申し出一連番号	数字	3	可変	対応する再審査等申し出レコードの一連番号を記録する。	
申し出受付年月日	数字	7	可変	対応する再審査等申し出レコードの年月日を数字“GYMMDD”の形式で記録する。	
再審査等申し出機関	数字	3	固定	再審査等申し出機関コード（別表14）を記録する。	
処理年月	数字	5	固定	1 審査支払機関で保険者等の再審査等調整を行った年月を記録する。 2 数字“GYMM”の形式で記録する。	
変更理由番号	数字	6	可変	1 審査支払機関で再審査等申し出レコードの理由番号を変更した場合は、変更後の理由番号コードを記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。	
審査結果	数字	3	固定	審査結果コード（別表15）を記録する。	
連絡	漢字	600	可変	1 審査結果に補足が必要な場合は、記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。	

項目	モード	最大バイト	項目形式	記録内容	備考
原審どおり	理由1	数字	6	可変	1 審査結果コード(別表15)から原審どおり理由が必要な場合は、原審どおり理由コード(医科)(別表16)を記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。
	理由2	数字	6	可変	1 審査結果コード(別表15)から原審どおり理由が必要で、理由1以外に理由がある場合は、対象の原審どおり理由コード(医科)(別表16)を記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。
	理由3	数字	6	可変	1 審査結果コード(別表15)から原審どおり理由が必要で、理由1及び理由2以外に理由がある場合は、対象の原審どおり理由コード(医科)(別表16)を記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。
申し出保険者番号等	英数	8	固定	1 再審査等請求を行った保険者番号等を記録する。 2 保険者番号等が8桁に満たない場合は、先頭から“スペース”を記録し、8桁で記録する。	
審査支払機関使用欄	英数 又は 漢字	500	可変	1 審査支払機関が使用する審査結果情報等がある場合は、当該情報を記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。	
予備	英数	5	可変	記録を省略する。	
予備	英数 又は 漢字	10	可変	記録を省略する。	
予備	英数 又は 漢字	30	可変	記録を省略する。	

注 GYYMM及びGYMMDDのGは年号区分コード(別表4)、YYは和暦年、MMは月、DDは日を示す。

- b 再審査等補正データ
- (a) レセプト共通レコード等
第2章-4-(2)-エー(ア)-c-(a)の「補正データ」の「レセプト共通レコード等」と同じ。
- (b) 事由レコード
第2章-4-(2)-エー(ア)-c-(b)の「補正データ」の「事由レコード」と同じ。
- c 審査運用データ
審査運用レコード
第2章-4-(2)-エー(ア)-dの「審査運用データ」の「審査運用レコード」と同じ。
- d 履歴返戻理由データ
返戻理由レコード

項目	モード	最大バイト	項目形式	記録内容	備考
データ識別	数字	2	可変	データ識別コード(別表7)を記録する。	
行番号	数字	5	可変	レセプト内通し番号を記録する。	
枝番号	数字	3	可変	レセプト内通し番号の枝番号を記録する。	
レコード識別情報	英数	2	固定	“HR”を記録する。	

項目	モード	最大バイト	項目形式	記録内容	備考
----	-----	-------	------	------	----

処理年月	数字	5	固定	1 審査支払機関で返戻処理を行った年月を記録する。 2 数字“GYMM”の形式で記録する。
返戻区分	数字	1	固定	返戻区分コード（別表5）を記録する。
診療識別	数字	2	可変	1 診療識別コード（医科）（別表6）を記録する。 2 診療識別が特定できない場合は、記録を省略する。
返戻事由コード	英数	5	可変	再審査等返戻事由コード（別表17）を記録する。
返戻理由	漢字	1000	可変	返戻理由文字列を記録する。
補足事項	漢字	1000	可変	1 返戻理由補足情報を記録する。 2 返戻理由補足情報がない場合は、記録を省略する。
補正情報	数字	1	可変	1 請求データに補正等がある場合は、補正情報コード（別表18）を記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。
増減点連絡書年月	数字	5	可変	1 補正情報コード（別表18）が“1”及び“2”の場合は、増減点連絡書の診療年月を“GYMM”の形式で記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。
検索番号	数字	30	可変	請求データのレセプト共通レコードの検索番号と同じ検索番号を記録する。（17～30桁で構成する。）
複数レセプト検索番号	数字	30	可変	1 同一理由により複数レセプトを同時返戻する場合は、相手レセプトの検索番号を記録する。 2 単一レセプトのみ返戻の場合は、記録を省略する。
予備	英数	5	可変	記録を省略する。
予備	英数 又は 漢字	10	可変	記録を省略する。
予備	英数 又は 漢字	30	可変	記録を省略する。

注 GYMMのGは年号区分コード（別表4）、YYは和暦年、MMは月を示す。

e チェックデータ

レコード管理情報レコード

第2章-4-(2)-エー(ア)-eの「チェックデータ」の「レコード管理情報レコード」と同じ。

(オ) 履歴請求データ

項目	モード	最大バイト	項目形式	記録内容	備考
データ識別	数字	2	可変	データ識別コード（別表7）を記録する。	
行番号	数字	5	可変	レセプト内通し番号を記録する。	
枝番号	数字	3	可変	レセプト内通し番号の枝番号を記録する。	
請求データ				一次請求記録条件仕様の第1章-3-(4)の「各種レコードの記録要領に関する事項」のイ〜キと同じ。	

(カ) 履歴返戻理由データ
返戻理由レコード

項目	モード	最大バイト	項目形式	記録内容	備考
データ識別	数字	2	可変	データ識別コード（別表7）を記録する。	
行番号	数字	5	可変	レセプト内通し番号を記録する。	
枝番号	数字	3	可変	レセプト内通し番号の枝番号を記録する。	
返戻理由レコード				第2章-4-(2)-ウの「返戻理由データ」の「返戻理由レコード」と同じ。	

(キ) チェックデータ

レコード管理情報レコード

第2章-4-(2)-エー（ア）-eの「チェックデータ」の「レコード管理情報レコード」と同じ。

オ 返戻合計データ

返戻合計レコード

項目	モード	最大バイト	項目形式	記録内容	備考
レコード識別情報	英数	2	固定	“HG”を記録する。	
総件数	数字	6	可変	1 保険医療機関単位のレセプトを1ボリュームに記録した場合は、保険医療機関単位のレセプトの総件数を記録する。 2 保険医療機関単位のレセプトを複数ボリュームに分割して記録した場合は、最終ボリュームにレセプトの総件数を記録する。 3 その他の場合は、記録を省略する。	
総合計点数	数字	10	可変	1 保険医療機関単位のレセプトを1ボリュームに記録した場合は、各レセプトの主保険に係る点数の総合計点数を記録する。 2 保険医療機関単位のレセプトを複数ボリュームに分割して記録した場合は、最終ボリュームに各レセプトの主保険に係る点数の総合計点数を記録する。 3 その他の場合は、記録を省略する。	
マルチボリューム識別情報	数字	2	固定	1 保険医療機関単位のレセプトを1ボリュームに記録した場合は、“99”を記録する。 2 保険医療機関単位のレセプトを複数ボリュームに分割して記録した場合は、ボリューム単位ごとに“01”から昇順に2桁の連続番号を記録し、最終ボリュームに“99”を記録する。	

注 総件数及び総合計点数の集計方法については、一次請求記録条件仕様の第1章-3-(4)-クの「診療報酬請求書情報」の「診療報酬請求書レコード」の注と同じ。

第3章 再審査等返戻ファイルに係る記録条件仕様

1 電気通信回線

電気通信回線は、ISDN回線を利用したダイヤルアップ接続、閉域IP網を利用したIP-VPN接続またはオープンなネットワークにおいてはIPsec(IETF(Internet Engineering Task Force)において標準とされた、IP(Internet Protocol)レベルの暗号化機能。認証や暗号のプロトコル、鍵交換のプロトコル、ヘッダー構造など複数のプロトコルの総称)とIKE(Internet Key Exchange;IPsecで用いるインターネット標準の鍵交換プロトコル)を組み合わせた接続とする。

2 記録形式

CSV形式とする。

3 ファイル構成

ファイル名を“RECEIPTC”とし、拡張名を“SAH”とする。

4 再審査等返戻ファイル

保険医療機関及び保険者等からの再審査等の申し出に伴い、保険者等から審査支払機関へ再審査等請求されたレセプトについて、審査支払機関の処理の結果、保険医療機関へ返戻する際の再審査等返戻ファイルの記録条件について定める。

(1) 情報表記仕様

ア 再審査等返戻ファイルの構成

ファイルの構成は、次のとおりとする。

(ア) ファイルは1ボリューム1ファイルとする。

(イ) 1ボリュームに収まらないような保険医療機関単位の再審査等返戻レセプトは、レセプト単位に分割して別ボリュームに記録する。

(ウ) ファイルは改行コードにより複数レコードに分割し、レコードの組み合わせにて構成する。

(エ) ファイルは保険医療機関単位に1若しくは複数の再審査等返戻レセプトを記録し、先頭に返戻医療機関データ、最後に返戻合計データを付加する。

(オ) 返戻医療機関データは、返戻医療機関レコードで構成する。

(カ) 返戻合計データは、返戻合計レコードで構成する。

(キ) 再審査等返戻レセプトは、第1章-1-(1)の請求データに返戻理由データ及び履歴管理ブロックを付加し構成する。

(ク) 請求データは、一次請求記録条件仕様の第1章に規定するレセプトの各種レコード情報で構成する。

(ケ) 返戻理由データは、返戻理由レコードで構成する。(複数記録可能)

(コ) 履歴管理ブロックは、請求決定データ、再審査等請求データ、レセプト縦覧データ、再審査等結果情報で構成する。

(サ) 履歴管理ブロックの請求決定データは、管理データ、履歴請求データ、補正データ、審査運用データ及びチェックデータで構成する。

(シ) 再審査等結果が査定等の場合、履歴管理ブロックの再審査等結果情報は、再審査等結果データ、再審査等補正データ、審査運用データ及びチェックデータで構成する。

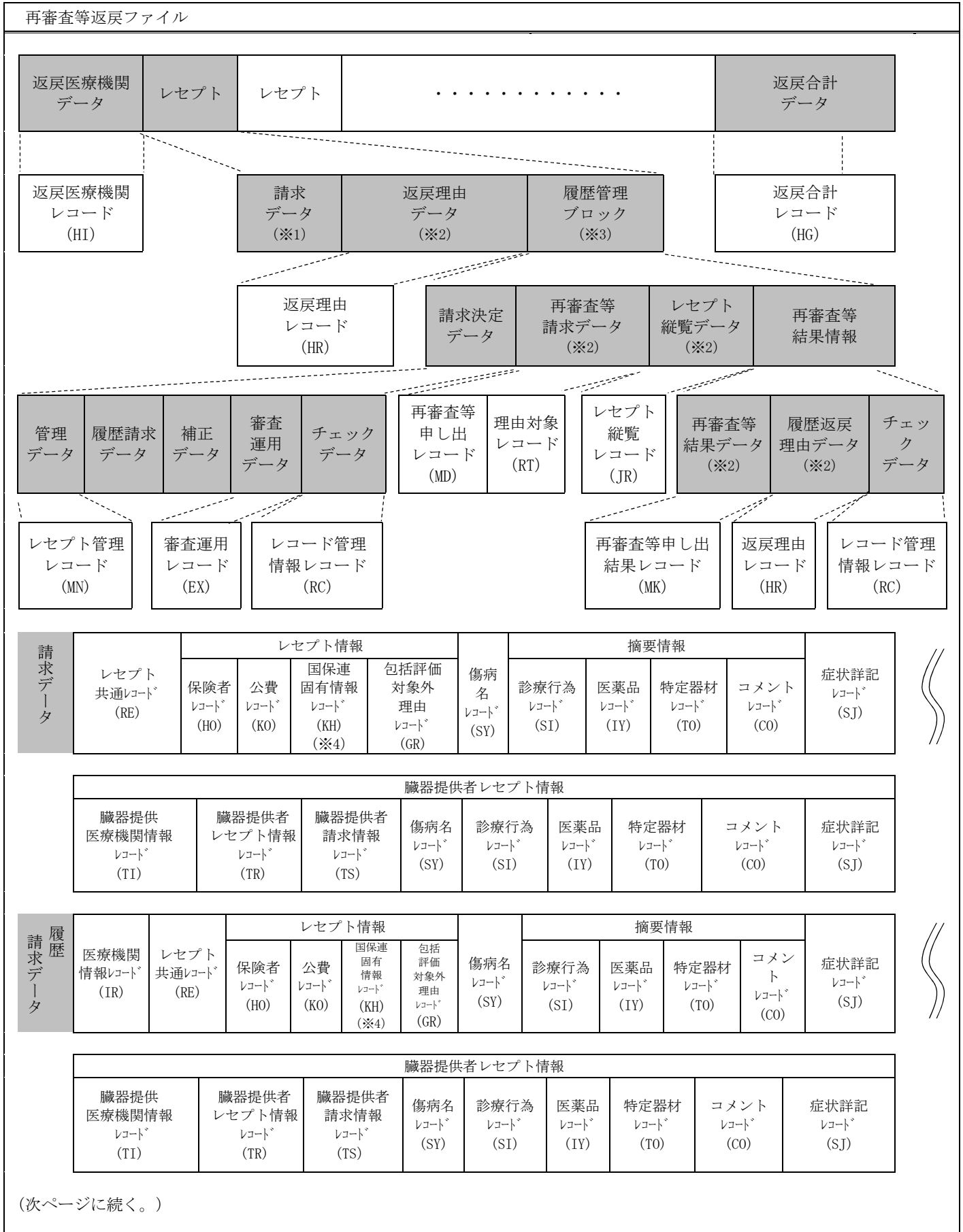
(ス) 再審査等結果が返戻の場合、履歴管理ブロックの再審査等結果情報は、再審査等結果データ、履歴返戻理由データ及びチェックデータで構成する。

(セ) 履歴管理ブロックの管理データは、レセプト管理レコードで構成する。

(ソ) 履歴管理ブロックの履歴請求データは、医療機関情報レコード及び一次請求記録条件仕様の第1章に規定するレセプトの各種レコード情報で構成する。

- (タ) 履歴管理ブロックの補正データは、一次請求記録条件仕様の第1章に規定するレセプトの各種レコード情報及び事由レコードで構成する。
- (チ) 履歴管理ブロックの審査運用データは、審査運用レコードで構成する。
- (ツ) 履歴管理ブロックのチェックデータは、レコード管理情報レコードで構成する。
- (テ) 履歴管理ブロックの再審査等請求データは、再審査等申し出レコード及び理由対象レコードで構成する。
(複数記録可能)
- (ト) 履歴管理ブロックのレセプト縦覧データは、レセプト縦覧レコードで構成する。(複数記録可能)
- (ナ) 履歴管理ブロックの再審査等結果データは、再審査等申し出結果レコードで構成する。(複数記録可能)
- (ニ) 履歴管理ブロックの履歴返戻理由データは、返戻理由レコードで構成する。(複数記録可能)
- (ヌ) 履歴管理ブロックの再審査等補正データは、一次請求記録条件仕様の第1章に規定するレセプトの各種レコード情報及び事由レコードで構成する。
- (ネ) 履歴管理ブロックの各レコードには、データ識別、行番号及び枝番号で構成する履歴管理情報を付加する。レコード先頭1文字目が数字であれば履歴管理ブロックであると判断可能である。
- (ノ) ファイル最終レコードは、改行コードの後にファイルの終わりを示す1バイトの文字列(E O Fコード)を記録する。

イ 再審査等返戻ファイル構成イメージ
 (ア) 初回の再審査等請求で返戻された場合のレセプト



再審査等返戻ファイル（続き）

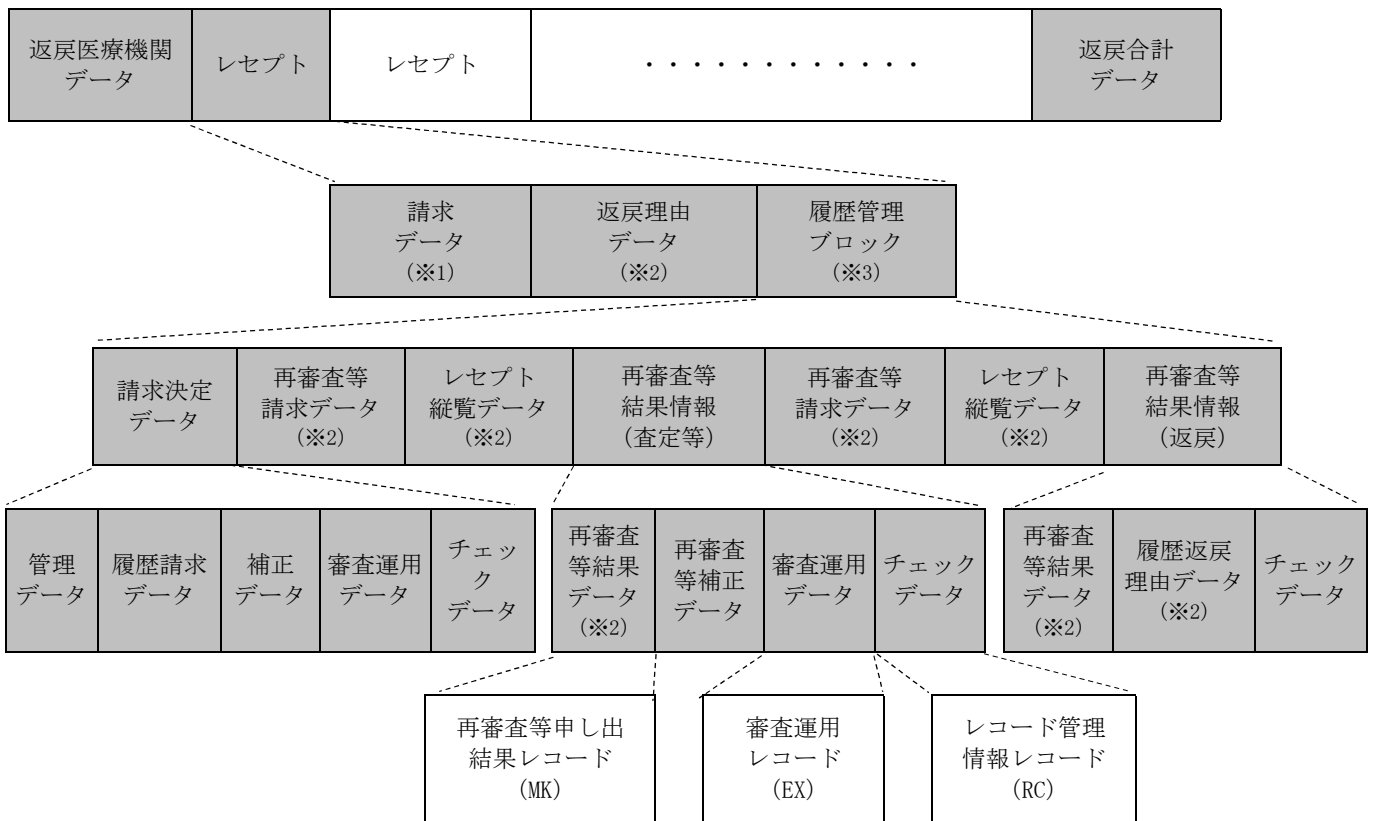
補正データ	レセプト 共通レコード (RE)	レセプト情報				傷病名 レコード (SY)	摘要情報				症状詳記 レコード (SJ)
		保険者 レコード (HO)	公費 レコード (KO)	国保連 固有情報 レコード (KH) (※4)	包括評価 対象外 理由 レコード (GR)		診療行為 レコード (SI)	医薬品 レコード (IY)	特定器材 レコード (TO)	コメント レコード (CO)	

臓器提供者レセプト情報									事由 レコード (JY)
臓器提供 医療機関情報 レコード (TI)	臓器提供者 レセプト情報 レコード (TR)	臓器提供者 請求情報 レコード (TS)	傷病名 レコード (SY)	診療行為 レコード (SI)	医薬品 レコード (IY)	特定器材 レコード (TO)	コメント レコード (CO)	症状詳記 レコード (SJ)	

- ※1 請求データは、一次請求及び再審査等請求での補正及び査定を反映した内容とする。
- ※2 返戻理由データ、再審査等請求データ、レセプト縦覧データ、再審査等結果データ及び履歴返戻理由データは複数記録する場合がある。
- ※3 履歴管理ブロックの各レコードの先頭に履歴管理情報が付される。
- ※4 平成28年3月診療以前分であって、平成30年4月以前に国民健康保険団体連合会へ一次請求された場合のみ記録する。

(イ) 初回の再審査等請求が査定等で結果返付され、再度、再審査等請求で返戻された場合のレセプト

再審査等返戻ファイル



再審査等 補正データ	レセプト 共通レコード (RE)	レセプト情報				傷病名 レコード (SY)	摘要情報				症状詳記 レコード (SJ)
		保険者 レコード (HO)	公費 レコード (KO)	国保連 固有情報 レコード (KH) (※4)	包括評価 対象外理由 レコード (GR)		診療行為 レコード (SI)	医薬品 レコード (IY)	特定器材 レコード (TO)	コメント レコード (CO)	

臓器提供者レセプト情報									事由 レコード (JY)
臓器提供 医療機関情報 レコード (TI)	臓器提供者 レセプト情報 レコード (TR)	臓器提供者 請求情報 レコード (TS)	傷病名 レコード (SY)	診療行為 レコード (SI)	医薬品 レコード (IY)	特定器材 レコード (TO)	コメント レコード (CO)	症状詳記 レコード (SJ)	

注 前(ア)と同一箇所は省略。

- ※1 請求データは、一次請求及び再審査等請求での補正及び査定を反映した内容とする。
- ※2 返戻理由データ、再審査等請求データ、レセプト縦覧データ、再審査等結果データ及び履歴返戻理由データは複数記録する場合がある。
- ※3 履歴管理ブロックの各レコードの先頭に履歴管理情報が付される。
- ※4 平成28年3月診療以前分であって、平成30年4月以前に国民健康保険団体連合会へ一次請求された場合のみ記録する。

ウ レコード形式

(ア) レコード形式は可変長レコードとし、各レコードの末尾には改行コードを入れる。

(イ) レコード内の各項目間は、コンマで区切る。(数値項目の編集に、位取り用のコンマを使用しない。)

(ウ) 各項目は最大バイト数を規定し、項目形式が固定の項目については最大バイト数で記録し、可変の項目については有効桁(文字)までの記録とする。

なお、有効桁(文字)以降に継続する“スペース”は記録しない。

モード(項目形式)毎の文字種別及び詳細内容は次のとおりとする。

モード	項目形式	文字種別	詳細内容
数字	可変	半角数字	上位桁のゼロ及び小数点以下の下位桁のゼロを除いた数字(小数点以下が全てゼロの場合は小数点も除く)を記録する。ただし、別表等に規定されているコードの1文字目等の“0”及び特に定める場合の“0”については記録する。 【記録例】 (誤)「001」→(正)「1」 ※別表等に規定されているコードが“001”である場合(正)「001」 (誤)「1.0」→(正)「1」 (誤)「1.10」→(正)「1.1」 (誤)「0.00」→(正)「0」
	固定	半角数字	最大バイト数で記録する。
英数	可変	半角英数	有効文字までの記録とする。
	固定	半角英数	最大バイト数で記録する。
漢字	可変	全角文字	有効文字までの記録とする。
	固定	全角文字	最大バイト数で記録する。

(エ) データ及びレコードの種類は、返戻医療機関データ(返戻医療機関レコード)、請求データ(レセプト共通情報(レセプト共通レコード)、レセプト情報(保険者レコード、公費レコード、国保連固有情報レコード、包括評価対象外理由レコード)、傷病名情報(傷病名レコード)、摘要情報(診療行為レコード、医薬品レコード、特定器材レコード、コメントレコード)、症状詳記情報(症状詳記レコード)、臓器提供者レセプト情報(臓器提供医療機関情報レコード、臓器提供者レセプト情報レコード、臓器提供者請求情報レコード、傷病名レコード、診療行為レコード、医薬品レコード、特定器材レコード、コメントレコード、症状詳記レコード)、返戻理由データ(返戻理由レコード)、履歴管理ブロック(請求決定データ(管理データ(レセプト管理レコード)、履歴請求データ(医療機関情報(医療機関情報レコード)、レセプト共通情報(レセプト共通レコード)、レセプト情報(保険者レコード、公費レコード、国保連固有情報レコード、包括評価対象外理由レコード)、傷病名情報(傷病名レコード)、摘要情報(診療行為レコード、医薬品レコード、特定器材レコード、コメントレコード)、症状詳記情報(症状詳記レコード)、臓器提供者レセプト情報(臓器提供医療機関情報レコード、臓器提供者レセプト情報レコード、臓器提供者請求情報レコード、傷病名レコード、診療行為レコード、医薬品レコード、特定器材レコード、コメントレコード、症状詳記レコード)、補正データ(レセプト共通情報(レセプト共通レコード)、レセプト情報(保険者レコード、公費レコード、国保連固有情報レコード、包括評価対象外理由レコード)、傷病名情報(傷病名レコード)、摘要情報(診療行為レコード、医薬品レコード、特定器材レコード、コメントレコード)、症状詳記情報(症状詳記レコード)、臓器提供者レセプト情報(臓器提供医療機関情報レコード、臓器提供者レセプト情報レコード、臓器提供者請求情報レコード、傷病名レコード、診療行為レコード、医薬品レコード、特定器材レコード、コメントレコード、症状詳記レコード)、事由レコード)、審査運用データ(審査運用レコード)、チェックデータ(レコード管理情報レコード))、再審査等請求データ(再審査等申し出レコード、理由対象レコード)、レセプト縦覧データ(レセプト縦覧レコード)、再審査等結果情報(再審査等結果データ(再審査等申し出結果レコード)、再審査等補正データ(レセプト共通情報(レセプト共通レコード)、レセプト情報(保険者レコード、公費レコード、国保連固有情報レコード、包括評価対象外理由レコード)、傷病名情報(傷病名レコード)、摘要情報(診療行為レコード、医薬品レコード、特定器材レコード、コメントレコード)、症状詳記情報(症状詳記レコード)、臓器提供者レセプト情報(臓器提供医療機関情報レコード、臓器提供者レセプト情報レコード、臓器提供者請求情報レコード、傷病名レコード、診療行為レコード、医薬品レコード、特定器材レコード、コメントレコード、症状詳記レコード)、事由レコード)、審査運用データ(審査運用レコード)、履歴返戻理由データ(返戻理由レコード)、チェックデータ(レコード管理情報レコード))及び返戻合計データ(返戻合計レコード)とする。

(オ) 各レコードの先頭にはレコードの識別情報を記録する。ただし、履歴管理ブロックの各レコードの先頭には履歴管理情報を記録する。

レコード種別		モード	バイト	識別情報	備考
返戻医療機関レコード				HI	保険医療機関単位データの先頭に記録必須
レセプト共通レコード				RE	レセプト単位データの先頭に記録必須
レセプト情報	保険者レコード			HO	医療保険レセプトの場合に記録
	公費レコード			KO	公費負担医療レセプトの場合に記録
	国保連固有情報レコード			KH	国保連固有情報の場合に記録
	包括評価対象外理由レコード			GR	包括評価の対象外となった理由を記録
傷病名レコード				SY	傷病名を記録
摘要情報	診療行為レコード			SI	診療行為を記録
	医薬品レコード			IY	医薬品を記録
	特定器材レコード			TO	特定器材を記録
	コメントレコード			CO	コメントを記録
症状詳記レコード				SJ	症状詳記を記録
臓器提供者レセプト情報	臓器提供医療機関情報レコード			TI	臓器提供医療機関単位データの先頭に記録必須
	臓器提供者レセプト情報レコード			TR	臓器提供者レセプト単位データの先頭に記録必須
	臓器提供者請求情報レコード			TS	全レセプト種別の請求情報として記録必須
	傷病名レコード			SY	傷病名を記録
	診療行為レコード			SI	診療行為を記録
	医薬品レコード			IY	医薬品を記録
	特定器材レコード			TO	特定器材を記録
	コメントレコード			CO	コメントを記録
	症状詳記レコード			SJ	症状詳記を記録
	返戻理由レコード			HR	返戻理由を記録
履歴管理ブロック	請求決定データ	レセプト管理レコード		MN	レセプト共通キーなどの情報を記録
		医療機関情報レコード		IR	医療機関情報を記録
		履歴請求データ		RE等	履歴管理情報の付された※請求データを記録
		補正データ		RE等	履歴管理情報の付された※請求データを記録
		事由レコード		JY	補正箇所と補正事由を記録
		審査運用レコード		EX	審査支払機関による運用で付加する情報を記録
		レコード管理情報レコード		RC	審査支払機関が当該レセプトを識別する情報を記録

レコード種別		モード	バイト	識別情報	備考	
履歴管理ブロック	再審査等請求データ	再審査等申し出レコード	英数	2	MD	再審査等申し出理由を記録
		理由対象レコード			RT	申し出理由の対象を記録
	レセプト縦覧レコード				JR	関連するレセプトの検索番号等を記録
	再審査等結果情報	再審査等申し出結果レコード			MK	審査支払機関での再審査等結果を記録
		再審査等補正データ			RE等	履歴管理情報の付された※請求データを記録
		事由レコード			JY	補正箇所と補正事由を記録
		審査運用レコード			EX	審査支払機関による運用で付加する情報を記録
		返戻理由レコード			HR	履歴管理情報の付された返戻理由レコードを記録
	レコード管理情報レコード				RC	審査支払機関が当該レセプトを識別する情報を記録
	返戻合計レコード				HG	保険医療機関単位データの最後に記録必須

注1 国民健康保険、退職者医療又は後期高齢者医療については、医療保険を国民健康保険、退職者医療又は後期高齢者医療と読み替える。

2 医療機関情報レコードの「医療機関名称」項目について、保険医療機関側の記録内容と審査支払機関が管理する名称が異なる場合は、審査支払機関が管理する名称に置き換える。

3 国保連固有情報レコードについては、平成28年3月診療以前分であって、平成30年4月以前に国民健康保険団体連合会へ一次請求された場合のみ記録する。

エ 内容を表現する文字の符号

内容を記録する文字の符号は、JISX0201-1976の8単位符号及びJISX0208-1983の附属書1にて規定されているシフト符号化表現（シフトJIS）によるものとする。

なお、内容を記録する文字以外の制御符号は、次のとおりとする。

符号名称	図形記号	16進数	バイト数	用途
コンマ	,	(2C)	1	項目の区切りを表現する。
引用符	"	(22)	1	使用しない。
改行コード		(0D) (0A)	2	レコードの区切りを表現する。
EOFコード		(1A)	1	ファイルの終わりを表現する。

注 16進数は、0から9及びAからFを括弧でくくって表現する。

(2) 各種レコードの記録要領に関する事項

モードは入力する文字の種別、最大バイトは項目の最大バイト数、項目形式は項目長が固定長か可変長かを示す。

ア 返戻医療機関データ

返戻医療機関レコード

項目	モード	最大バイト	項目形式	記録内容	備考
レコード識別情報	英数	2	固定	“HI”を記録する。	
審査支払機関	数字	1	固定	審査支払機関コード(別表1)を記録する。	
請求年月	数字	5	固定	1 審査支払機関が再審査等返戻処理を行った年月を記録する。 2 数字“GYMM”の形式で記録する。	
都道府県	数字	2	固定	保険医療機関の所在する都道府県コード(別表2)を記録する。	
点数表	数字	1	固定	保険医療機関が使用する点数表コード(別表3)を記録する。	
医療機関コード	数字	7	固定	保険医療機関について定められた医療機関コードを記録する。	
予備	数字	2	可変	記録を省略する。	
マルチボリューム識別情報	数字	2	固定	ボリューム単位毎に“00”から昇順に2桁の連続番号を記録する。	

注 GYMMのGは年号区分コード(別表4)、YYは和暦年、MMは月を示す。

イ 請求データ

一次請求記録条件仕様の第1章-3-(4)の「各種レコードの記録要領に関する事項」のイ〜キと同じ。

ウ 返戻理由データ

返戻理由レコード

項目	モード	最大バイト	項目形式	記録内容	備考
レコード識別情報	英数	2	固定	“HR”を記録する。	
処理年月	数字	5	固定	1 審査支払機関で返戻処理を行った年月を記録する。 2 数字“GYMM”の形式で記録する。	
返戻区分	数字	1	固定	返戻区分コード(別表5)を記録する。	
診療識別	数字	2	可変	1 診療識別コード(医科)(別表6)を記録する。 2 診療識別が特定できない場合は、記録を省略する。	
返戻事由コード	英数	5	可変	再審査等返戻事由コード(別表17)を記録する。	
返戻理由	漢字	1000	可変	返戻理由文字列を記録する。	
補足事項	漢字	1000	可変	1 返戻理由補足情報を記録する。 2 返戻理由補足情報がない場合は、記録を省略する。	
補正情報	数字	1	可変	1 請求データに補正等がある場合は、補正情報コード(別表18)を記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。	

項目	モード	最大バイト	項目形式	記録内容	備考
増減点連絡書年月	数字	5	可変	1 補正情報コード（別表18）が“1”及び“2”の場合は、増減点連絡書の診療年月を“GYMM”の形式で記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。	
検索番号	数字	30	可変	請求データのレセプト共通レコードの検索番号と同じ検索番号を記録する。（17～30桁で構成する。）	
複数レセプト検索番号	数字	30	可変	1 同一理由により複数レセプトを同時返戻する場合は、相手レセプトの検索番号を記録する。 2 単一レセプトのみ返戻の場合は、記録を省略する。	
予備	英数	5	可変	記録を省略する。	
予備	英数 又は 漢字	10	可変	記録を省略する。	
予備	英数 又は 漢字	30	可変	記録を省略する。	

注 GYMMのGは年号区分コード（別表4）、YYは和暦年、MMは月を示す。

エ 履歴管理ブロック

履歴管理ブロックには履歴管理情報として、各レコード先頭にデータ識別、行番号及び枝番号を記録する。

(ア) 請求決定データ

a 管理データ

レセプト管理レコード

第2章-4-(2)-エー(ア)-aの「管理データ」の「レセプト管理レコード」と同じ。

b 履歴請求データ

第2章-4-(2)-エー(ア)-bの「履歴請求データ」と同じ。

c 補正データ

(a) レセプト共通レコード等

第2章-4-(2)-エー(ア)-c-(a)の「補正データ」の「レセプト共通レコード等」と同じ。

(b) 事由レコード

第2章-4-(2)-エー(ア)-c-(b)の「補正データ」の「事由レコード」と同じ。

d 審査運用データ

審査運用レコード

第2章-4-(2)-エー(ア)-dの「審査運用データ」の「審査運用レコード」と同じ。

e チェックデータ

レコード管理情報レコード

第2章-4-(2)-エー(ア)-eの「チェックデータ」の「レコード管理情報レコード」と同じ。

(イ) 再審査等請求データ

a 再審査等申し出レコード

第2章-4-(2)-エー(イ)-aの「再審査等請求データ」の「再審査等申し出レコード」と同じ。

b 理由対象レコード

第2章-4-(2)-エー(イ)-bの「再審査等請求データ」の「理由対象レコード」と同じ。

- (ウ) レセプト縦覧データ
レセプト縦覧レコード
第2章-4-(2)-エ- (ウ) の「レセプト縦覧データ」の「レセプト縦覧レコード」と同じ。

- (エ) 再審査等結果情報
 - a 再審査等結果データ
再審査等申し出結果レコード
第2章-4-(2)-エ- (エ) - a の「再審査等結果データ」の「再審査等申し出結果レコード」と同じ。

 - b 再審査等補正データ
 - (a) レセプト共通レコード等
第2章-4-(2)-エ- (ア) - c - (a) の「補正データ」の「レセプト共通レコード等」と同じ。

 - (b) 事由レコード
第2章-4-(2)-エ- (ア) - c - (b) の「補正データ」の「事由レコード」と同じ。

 - c 審査運用データ
審査運用レコード
第2章-4-(2)-エ- (ア) - d の「審査運用データ」の「審査運用レコード」と同じ。

 - d 履歴返戻理由データ
返戻理由レコード
第2章-4-(2)-エ- (エ) - d の「履歴返戻理由データ」の「返戻理由レコード」と同じ。

 - e チェックデータ
レコード管理情報レコード
第2章-4-(2)-エ- (ア) - e の「チェックデータ」の「レコード管理情報レコード」と同じ。

- オ 返戻合計データ
返戻合計レコード
第2章-4-(2)-オの「返戻合計データ」の「返戻合計レコード」と同じ。

第4章 再請求ファイルに係る記録条件仕様

1 電気通信回線

電気通信回線は、ISDN回線を利用したダイヤルアップ接続、閉域IP網を利用したIP-VPN接続またはオープンなネットワークにおいてはIPsec(IETF(Internet Engineering Task Force)において標準とされた、IP(Internet Protocol)レベルの暗号化機能。認証や暗号のプロトコル、鍵交換のプロトコル、ヘッダー構造など複数のプロトコルの総称)とIKE(Internet Key Exchange;IPsecで用いるインターネット標準の鍵交換プロトコル)を組み合わせた接続とする。

2 記録形式

CSV形式とする。

3 ファイル構成

ファイル名を“RECEIPTC”とし、拡張名を“UKE”とする。

4 再請求ファイル

審査支払機関から保険医療機関へ返戻された、返戻ファイル及び再審査等返戻ファイルについて、保険医療機関が審査支払機関へ再請求する際の再請求ファイルの記録条件について定める。

(1) 情報表記仕様

ア 再請求ファイルの構成

ファイルの構成は、次のとおりとする。

(ア) ファイルは1ボリューム1ファイルとし、一次請求に係る請求データと同じファイルに含めて記録することが可能である。

(イ) 1ボリュームに収まらないような保険医療機関単位の再請求レセプトは、レセプト単位に分割して別ボリュームに記録する。

(ウ) ファイルは改行コードにより複数レコードに分割し、レコードの組み合わせにて構成する。

(エ) ファイルは保険医療機関単位の1若しくは複数の再請求レセプトを記録し、先頭に医療機関情報、最後に診療報酬請求書情報を付加する。

(オ) 医療機関情報は、医療機関情報レコードで構成する。

(カ) 診療報酬請求書情報は、診療報酬請求書レコードで構成する。

(キ) 再請求レセプトは、第1章-1-(1)の請求データに履歴管理ブロックを付加し構成する。

(ク) 請求データは、一次請求記録条件仕様の第1章に規定するレセプトの各種レコード情報で構成する。

(ケ) 一次請求返戻レセプトの再請求に係る履歴管理ブロックは、履歴請求データ、履歴返戻理由データ及びチェックデータで構成する。

(コ) 再請求返戻レセプト(一次請求返戻分)の再請求に係る履歴管理ブロックは、履歴請求データ、履歴返戻理由データ及びチェックデータで構成する。

(サ) 再審査等返戻レセプトの再請求に係る履歴管理ブロックは、請求決定データ、再審査等請求データ、レセプト縦覧データ、再審査等結果情報で構成する。

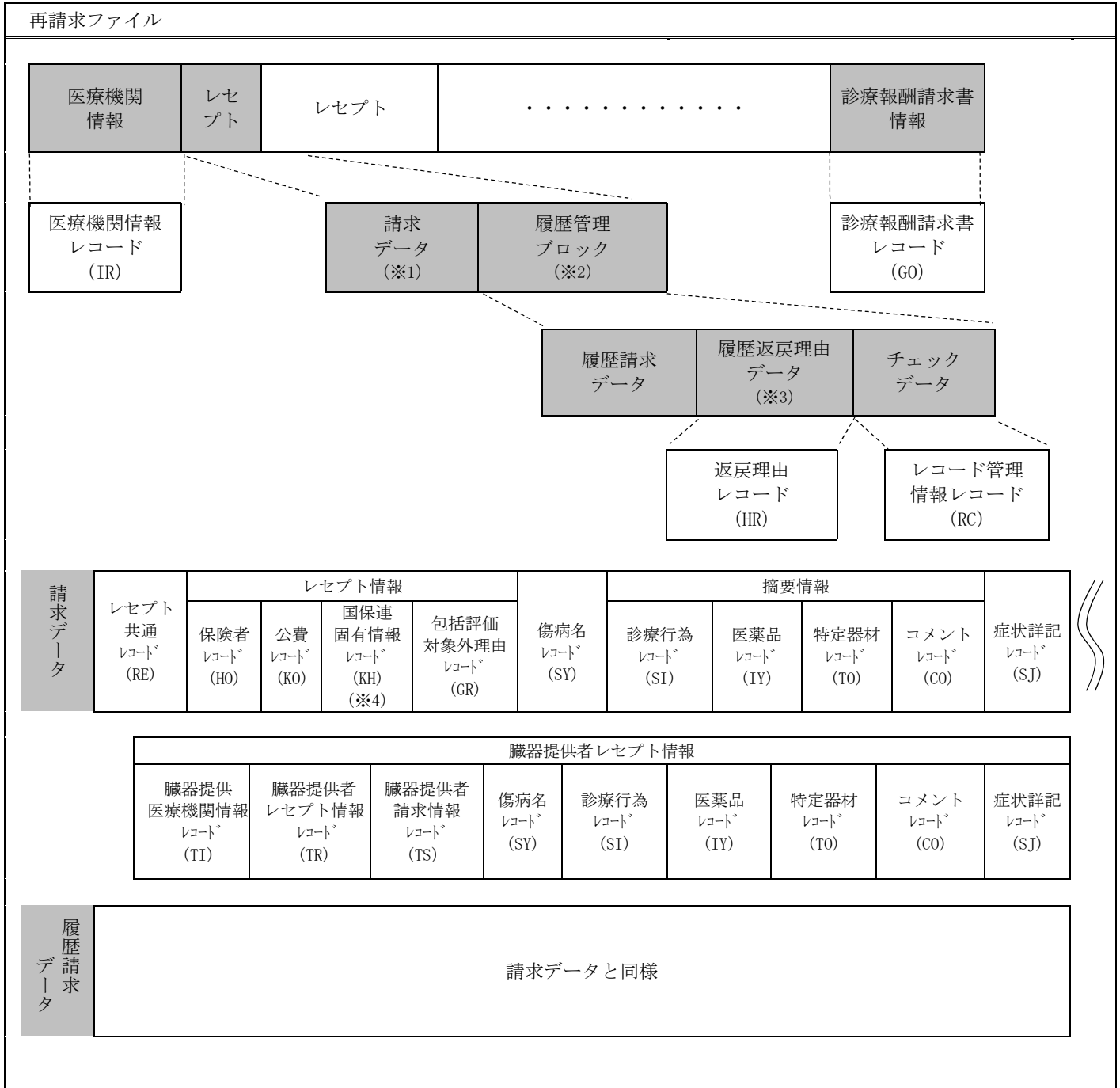
(シ) 再請求返戻レセプト(再審査等返戻分)の再請求に係る履歴管理ブロックは、請求決定データ、再審査等請求データ、レセプト縦覧データ、再審査等結果情報、履歴請求データ、履歴返戻理由データ及びチェックデータで構成する。

(ス) 履歴管理ブロックの請求決定データは、管理データ、履歴請求データ、補正データ、審査運用データ及びチェックデータで構成する。

(セ) 再審査等結果が査定等の場合、履歴管理ブロックの再審査等結果情報は、再審査等結果データ、再審査等補正データ、審査運用データ及びチェックデータで構成する。

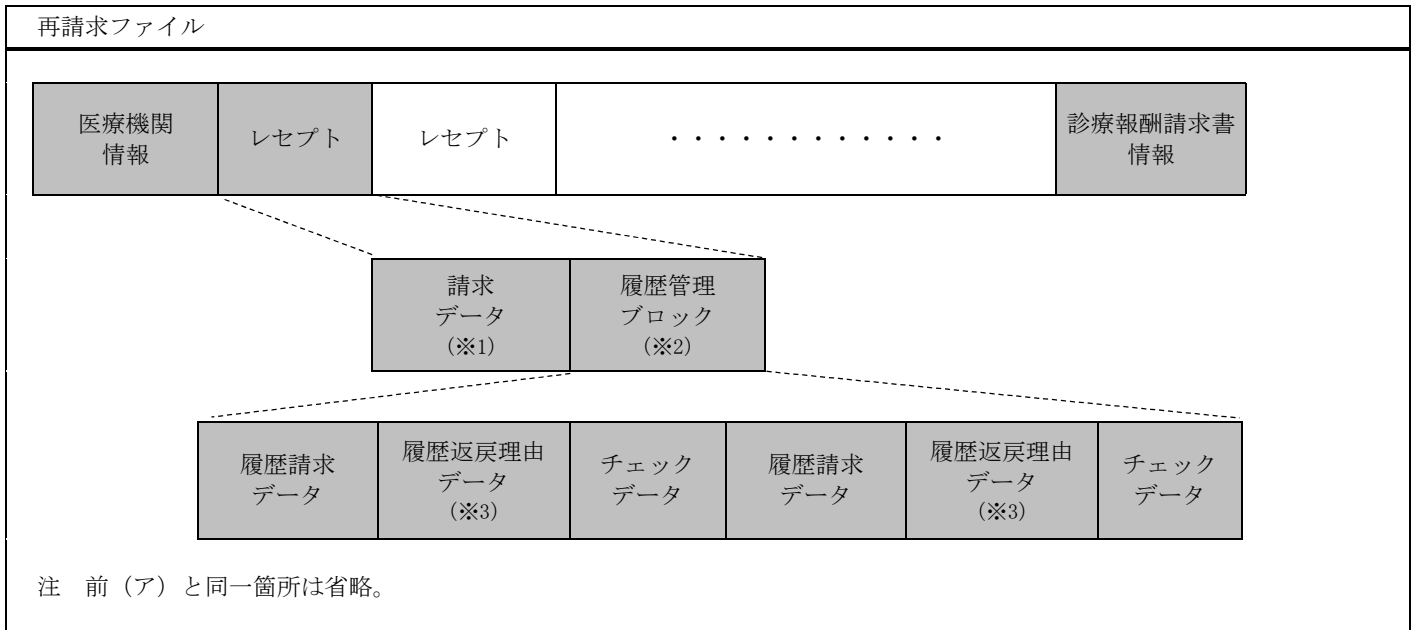
- (ソ) 再審査等結果が返戻の場合、履歴管理ブロックの再審査等結果情報は、再審査等結果データ、履歴返戻理由データ及びチェックデータで構成する。
- (タ) 履歴管理ブロックの履歴請求データは、一次請求記録条件仕様の第1章に規定するレセプトの各種レコード情報で構成する。ただし、請求決定データの履歴請求データには、医療機関情報レコードを含む。
- (チ) 履歴管理ブロックの履歴返戻理由データは、返戻理由レコードで構成する。(複数記録可能)
- (ツ) 履歴管理ブロックのチェックデータは、レコード管理情報レコードで構成する。
- (テ) 履歴管理ブロックの管理データは、レセプト管理レコードで構成する。
- (ト) 履歴管理ブロックの補正データは、一次請求記録条件仕様の第1章に規定するレセプトの各種レコード情報及び事由レコードで構成する。
- (ナ) 履歴管理ブロックの審査運用データは、審査運用レコードで構成する。
- (ニ) 履歴管理ブロックの再審査等請求データは、再審査等申し出レコード及び理由対象レコードで構成する。(複数記録可能)
- (ヌ) 履歴管理ブロックのレセプト縦覧データは、レセプト縦覧レコードで構成する。(複数記録可能)
- (ネ) 履歴管理ブロックの再審査等結果データは、再審査等申し出結果レコードで構成する。(複数記録可能)
- (ノ) 履歴管理ブロックの再審査等補正データは、一次請求記録条件仕様の第1章に規定するレセプトの各種レコード情報及び事由レコードで構成する。
- (ハ) 履歴管理ブロックの各レコードには、データ識別、行番号及び枝番号で構成する履歴管理情報を付加する。レコード先頭1文字目が数字であれば履歴管理ブロックであると判断可能である。
- (ヒ) ファイル最終レコードは、改行コードの後にファイルの終わりを示す1バイトの文字列(E O Fコード)を記録する。

イ 再請求ファイル構成イメージ
 (ア) 一次請求返戻レセプトの再請求



- ※1 請求データを修正し、返戻理由データを削除した再請求ファイルを審査支払機関に請求する。
- ※2 履歴管理ブロックの各レコードの先頭に履歴管理情報が付される。
- ※3 履歴返戻理由データは複数記録する場合がある。
- ※4 平成28年3月診療以前分であって、平成30年4月以前に国民健康保険団体連合会へ一次請求された場合のみ記録する。

(イ) 再請求返戻レセプト（一次請求返戻分）の再請求



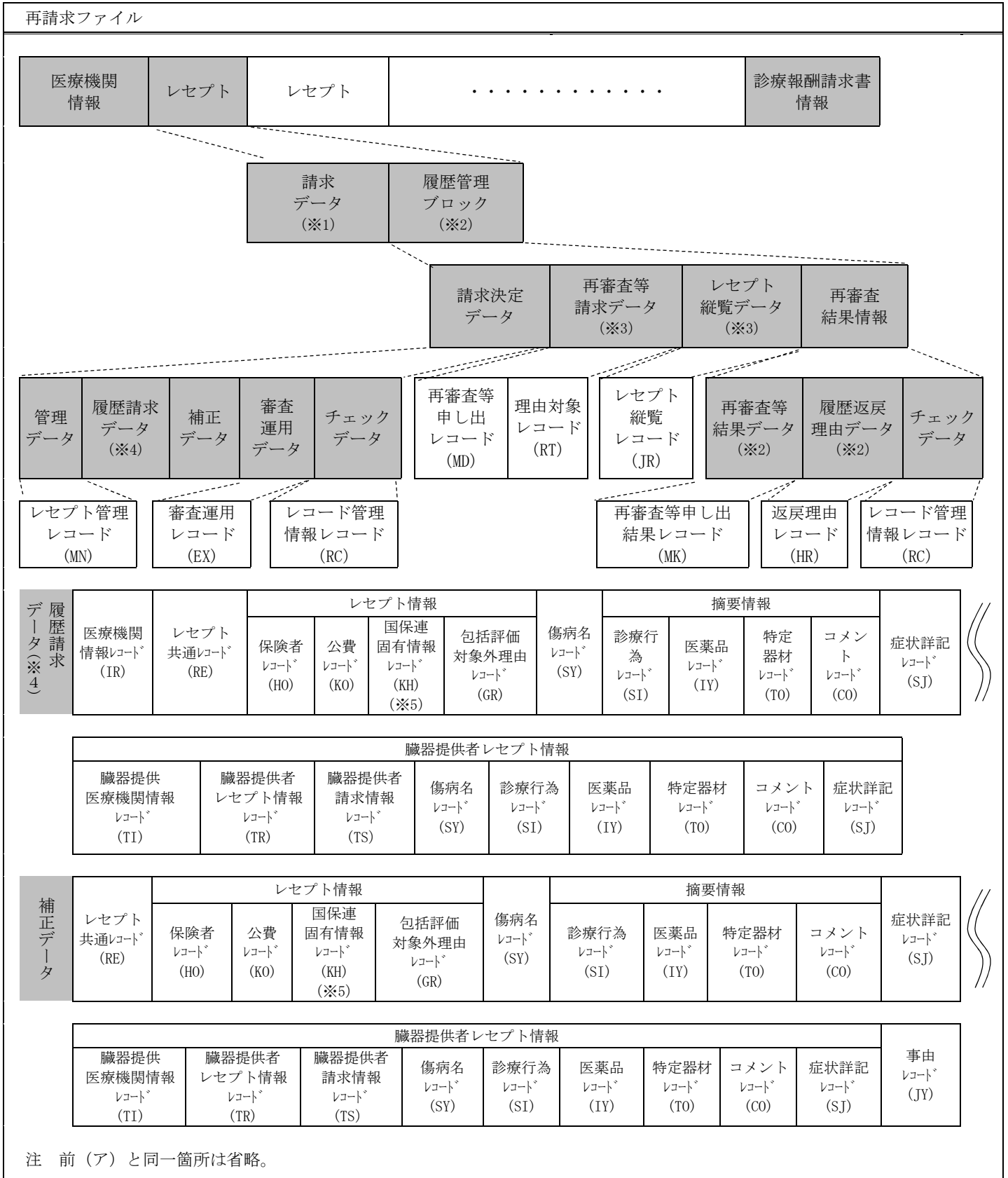
※1 請求データを修正し、返戻理由データを削除した再請求ファイルを審査支払機関に請求する。

※2 履歴管理ブロックの各レコードの先頭に履歴管理情報が付される。

※3 履歴返戻理由データは複数記録する場合がある。

(ウ) 再審査等返戻レセプトの再請求

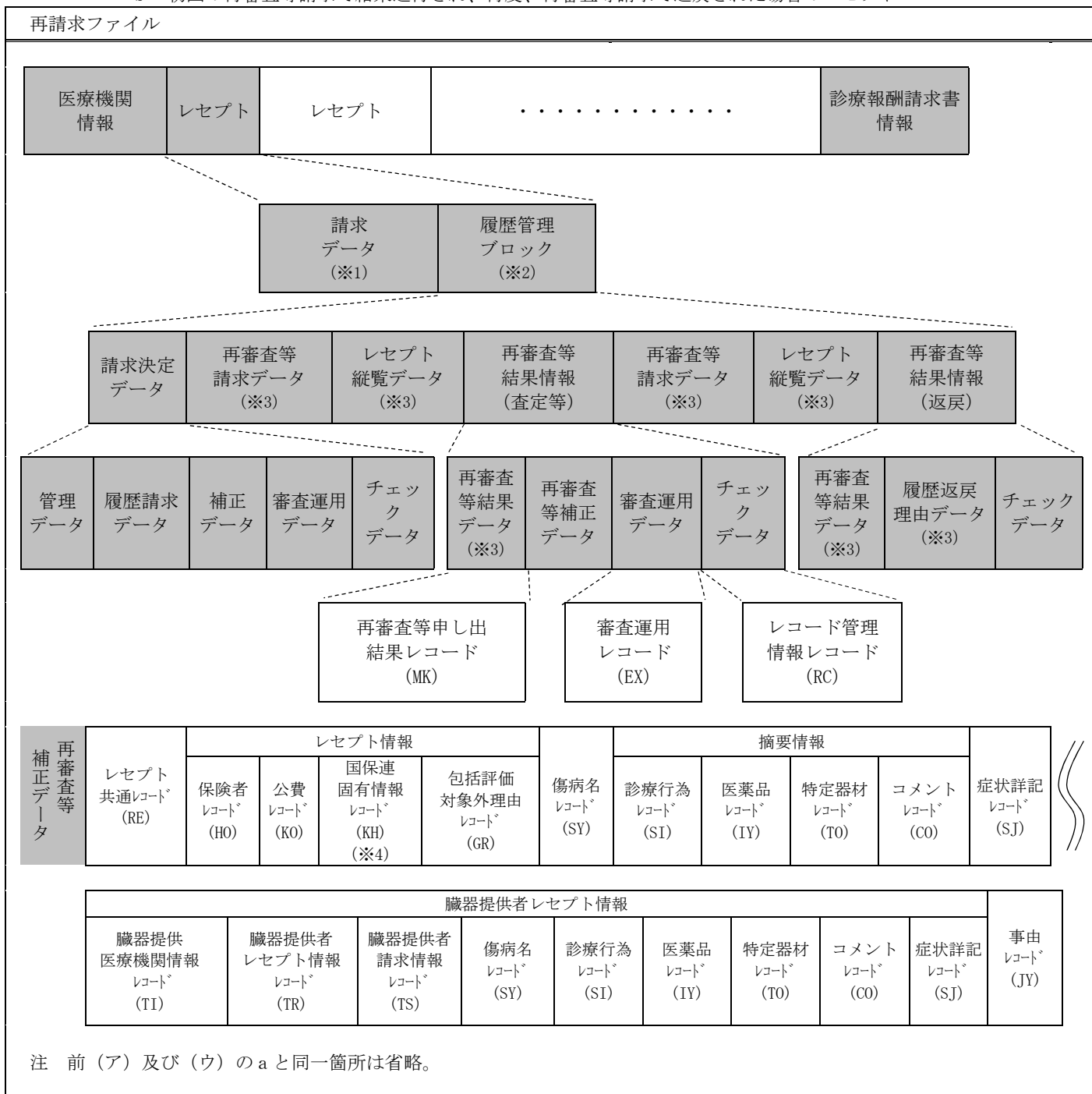
a 初回の再審査等請求で返戻された場合のレセプト



注 前 (ア) と同一箇所は省略。

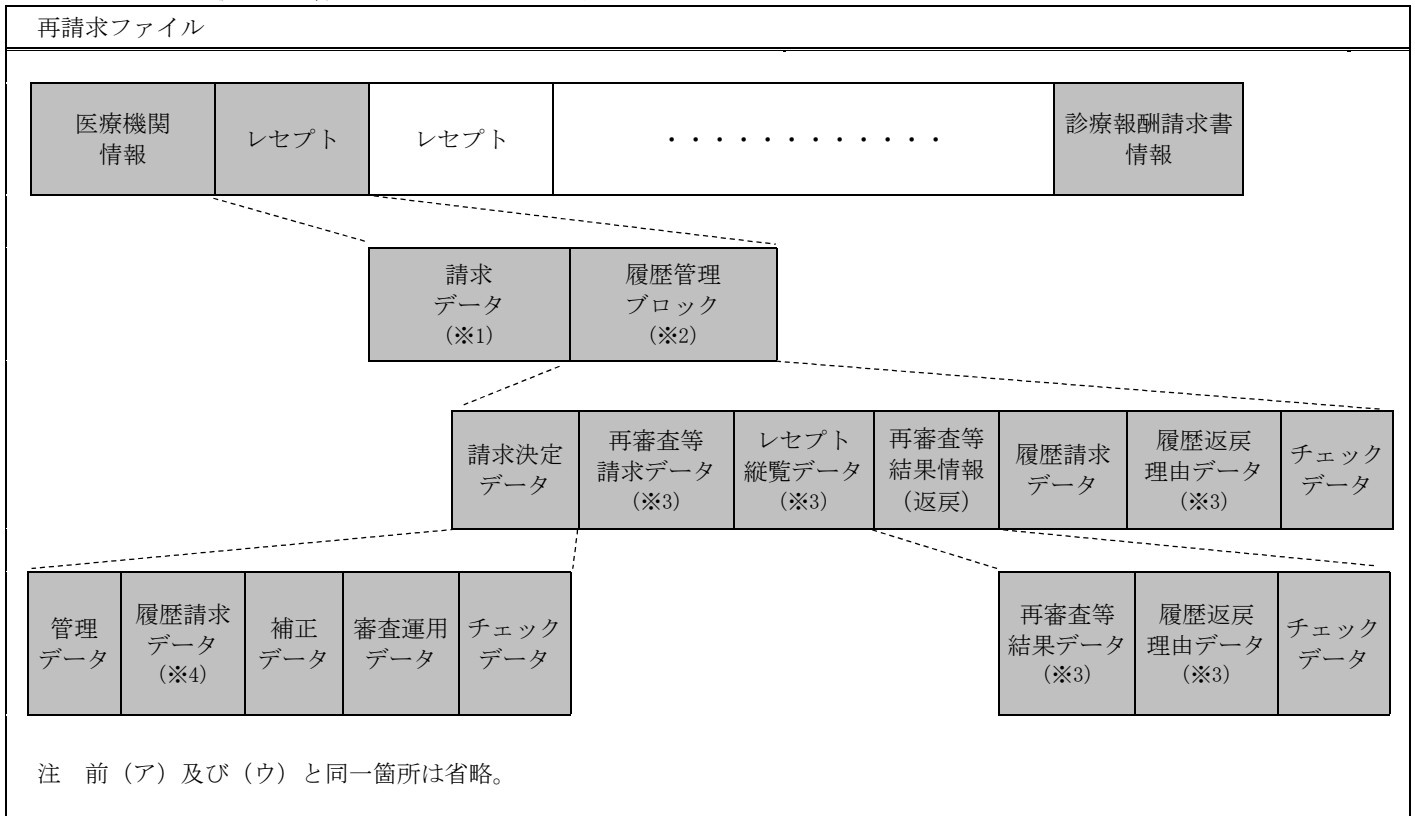
- ※1 請求データを修正し、返戻理由データを削除した再請求ファイルを審査支払機関に請求する。
- ※2 履歴管理ブロックの各レコードの先頭に履歴管理情報が付される。
- ※3 再審査等請求データ、レセプト縦覧データ、再審査等結果データ及び履歴返戻理由データは複数記録する場合がある。
- ※4 請求決定データの履歴請求データには、医療機関情報レコードが記録される。
- ※5 平成28年3月診療以前分であって、平成30年4月以前に国民健康保険団体連合会へ一次請求された場合のみ記録する。

b 初回の再審査等請求で結果返付され、再度、再審査等請求で返戻された場合のレセプト



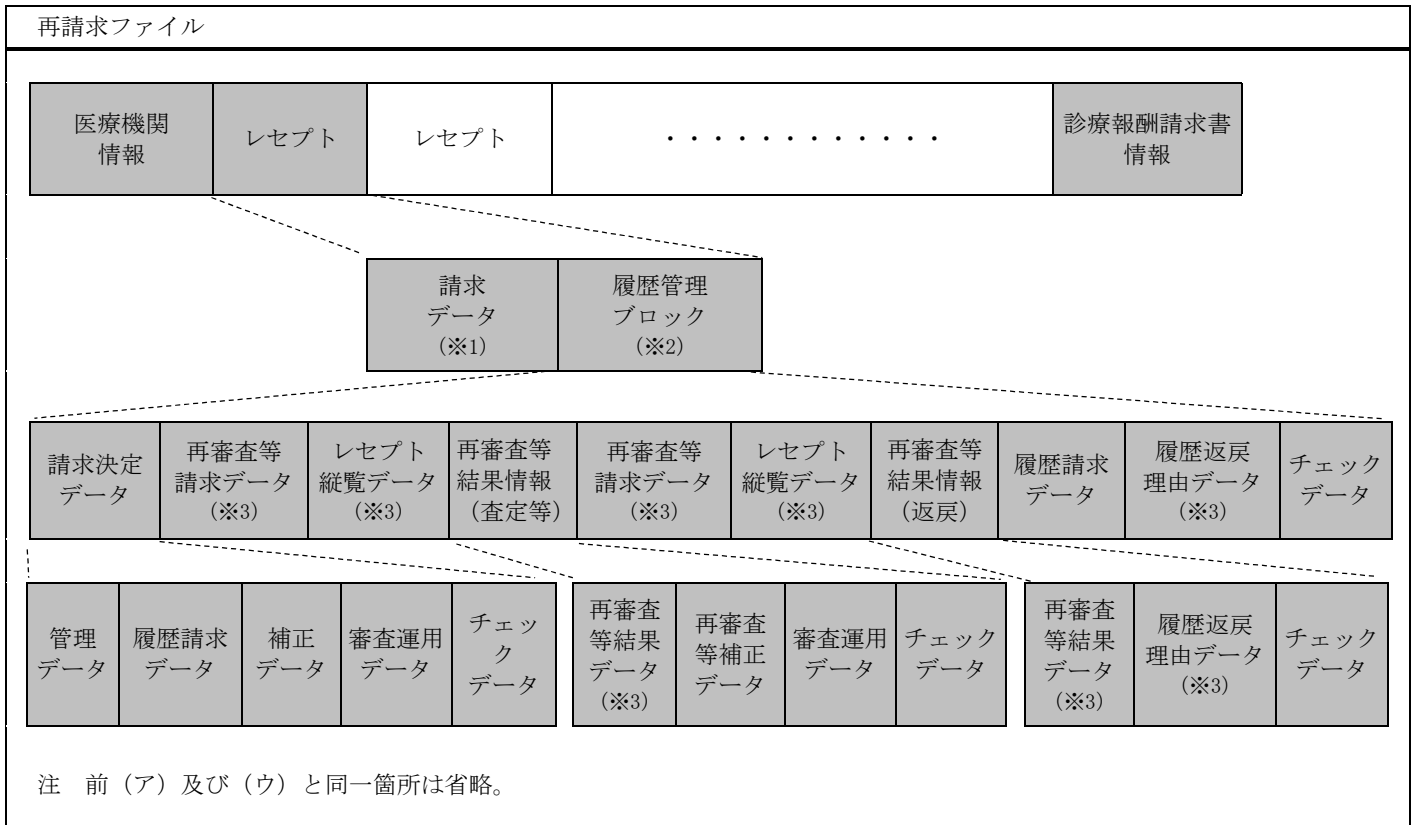
- ※1 請求データを修正し、返戻理由データを削除した再請求ファイルを審査支払機関に請求する。
- ※2 履歴管理ブロックの各レコードの先頭に履歴管理情報が付される。
- ※3 再審査等請求データ、レセプト縦覧データ、再審査等結果データ及び履歴返戻理由データは複数記録する場合がある。
- ※4 平成28年3月診療以前分であって、平成30年4月以前に国民健康保険団体連合会へ一次請求された場合のみ記録する。

(エ) 再請求返戻レセプト（再審査等返戻分）の再請求
 a 初回の再審査等請求で返戻された場合のレセプト



- ※1 請求データを修正し、返戻理由データを削除した再請求ファイルを審査支払機関に請求する。
- ※2 履歴管理ブロックの各レコードの先頭に履歴管理情報が付される。
- ※3 再審査等請求データ、レセプト縦覧データ、再審査等結果データ及び履歴返戻理由データは複数記録する場合がある。

b 初回の再審査等請求が査定等で結果返付され、再度、再審査等請求で返戻された場合のレセプト



- ※1 請求データを修正し、返戻理由データを削除した再請求ファイルを審査支払機関に請求する。
- ※2 履歴管理ブロックの各レコードの先頭に履歴管理情報が付される。
- ※3 再審査等請求データ、レセプト縦覧データ、再審査等結果データ及び履歴返戻理由データは複数記録する場合がある。

ド、コメントレコード、症状詳記レコード))、履歴返戻理由データ (返戻理由レコード)、チェックデータ (レコード管理情報レコード)) 及び診療報酬請求書情報 (診療報酬請求書レコード) とする。

(オ) 各レコードの先頭にはレコードの識別情報を記録する。ただし、履歴管理ブロックの各レコードの先頭には履歴管理情報を記録する。

a 一次請求返戻レセプト及び再請求返戻レセプト（一次請求返戻分）の再請求の場合

レコード種別		モード	バイト	識別情報	備考		
医療機関情報レコード		英数	2	I R	保険医療機関単位データの先頭に記録必須		
レセプト共通レコード				RE	レセプト単位データの先頭に記録必須		
レセプト情報	保険者レコード			HO	医療保険レセプトの場合に記録		
	公費レコード			KO	公費負担医療レセプトの場合に記録		
	国保連固有情報レコード			KH	国保連固有情報の場合に記録		
	包括評価対象外理由レコード			GR	包括評価の対象外となった理由を記録		
傷病名レコード				SY	傷病名を記録		
摘要情報	診療行為レコード			SI	診療行為を記録		
	医薬品レコード			IY	医薬品を記録		
	特定器材レコード			TO	特定器材を記録		
	コメントレコード			CO	コメントを記録		
症状詳記レコード				SJ	症状詳記を記録		
臓器提供者レセプト情報	臓器提供医療機関情報レコード			TI	臓器提供医療機関単位データの先頭に記録必須		
	臓器提供者レセプト情報レコード			TR	臓器提供者レセプト単位データの先頭に記録必須		
	臓器提供者請求情報レコード			TS	全レセプト種別の請求情報として記録必須		
	傷病名レコード			SY	傷病名を記録		
	診療行為レコード			SI	診療行為を記録		
	医薬品レコード			IY	医薬品を記録		
	特定器材レコード			TO	特定器材を記録		
	コメントレコード			CO	コメントを記録		
	症状詳記レコード			SJ	症状詳記を記録		
履歴管理ブロック	履歴請求データ			RE等	履歴管理情報の付された※請求データを記録		
	返戻理由レコード			HR	履歴管理情報の付された返戻理由レコードを記録		
	レコード管理情報レコード			RC	審査支払機関が当該レセプトを識別する情報を記録		
診療報酬請求書レコード						GO	保険医療機関単位データの最後に記録必須

注1 国民健康保険、退職者医療又は後期高齢者医療については、医療保険を国民健康保険、退職者医療又は後期高齢者医療と読み替える。

2 国保連固有情報レコードについては、平成28年3月診療以前分であって、平成30年4月以前に国民健康保険団体連合会へ一次請求された場合のみ記録する。

b 再審査等返戻レセプトの再請求の場合

レコード種別		モード	バイト	識別情報	備考
医療機関情報レコード				I R	保険医療機関単位データの先頭に記録必須
レセプト共通レコード				R E	レセプト単位データの先頭に記録必須
レセプト情報	保険者レコード			H O	医療保険レセプトの場合に記録
	公費レコード			K O	公費負担医療レセプトの場合に記録
	国保連固有情報レコード			K H	国保連固有情報の場合に記録
	包括評価対象外理由レコード			G R	包括評価の対象外となった理由を記録
	傷病名レコード			S Y	傷病名を記録
摘要情報	診療行為レコード			S I	診療行為を記録
	医薬品レコード			I Y	医薬品を記録
	特定器材レコード			T O	特定器材を記録
	コメントレコード			C O	コメントを記録
症状詳記レコード				S J	症状詳記を記録
臓器提供者レセプト情報	臓器提供医療機関情報レコード			T I	臓器提供医療機関単位データの先頭に記録必須
	臓器提供者レセプト情報レコード			T R	臓器提供者レセプト単位データの先頭に記録必須
	臓器提供者請求情報レコード			T S	全レセプト種別の請求情報として記録必須
	傷病名レコード			S Y	傷病名を記録
	診療行為レコード			S I	診療行為を記録
	医薬品レコード			I Y	医薬品を記録
	特定器材レコード			T O	特定器材を記録
	コメントレコード			C O	コメントを記録
	症状詳記レコード			S J	症状詳記を記録
	レセプト管理レコード			M N	レセプト共通キーなどの情報を記録
履歴管理ブロック	請求決定データ	医療機関情報レコード		I R	医療機関情報を記録
		履歴請求データ		R E等	履歴管理情報の付された※請求データを記録
	補正データ	補正データ		R E等	履歴管理情報の付された※請求データを記録
		事由レコード		J Y	補正箇所と補正事由を記録
	審査運用レコード		E X	審査支払機関による運用で付加する情報を記録	
	レコード管理情報レコード		R C	審査支払機関が当該レセプトを識別する情報を記録	

レコード種別		モード	バイト	識別情報	備考	
履歴管理ブロック	再審査等請求データ	再審査等申し出レコード	英数	2	MD	再審査等申し出理由を記録
		理由対象レコード			RT	申し出理由の対象を記録
	レセプト縦覧レコード				JR	関連するレセプトの検索番号等を記録
	再審査等結果情報	再審査等申し出結果レコード			MK	審査支払機関での再審査等結果を記録
		再審査等補正データ			RE等	履歴管理情報の付された※請求データを記録
					事由レコード	JY
		審査運用レコード			EX	審査支払機関による運用で付加する情報を記録
		返戻理由レコード			HR	履歴管理情報の付された返戻理由レコードを記録
	レコード管理情報レコード				RC	審査支払機関が当該レセプトを識別する情報を記録
	診療報酬請求書レコード				GO	保険医療機関単位データの最後に記録必須

注1 国民健康保険、退職者医療又は後期高齢者医療については、医療保険を国民健康保険、退職者医療又は後期高齢者医療と読み替える。

2 履歴管理ブロックの医療機関情報レコードの「医療機関名称」項目について、保険医療機関側の記録内容と審査支払機関が管理する名称が異なる場合は、審査支払機関が管理する名称に置き換える。

3 国保連固有情報レコードについては、平成28年3月診療以前分であって、平成30年4月以前に国民健康保険団体連合会へ一次請求された場合のみ記録する。

c 再請求返戻レセプト（再審査等返戻分）の再請求の場合

レコード種別		モード	バイト	識別情報	備考		
医療機関情報レコード				I R	保険医療機関単位データの先頭に記録必須		
請求データ（※）	レセプト共通レコード		英数	2	RE	レセプト単位データの先頭に記録必須	
	レセプト情報	保険者レコード			HO	医療保険レセプトの場合に記録	
		公費レコード			KO	公費負担医療レセプトの場合に記録	
		国保連固有情報レコード			KH	国保連固有情報の場合に記録	
		包括評価対象外理由レコード			GR	包括評価の対象外となった理由を記録	
	傷病名レコード				SY	傷病名を記録	
	摘要情報	診療行為レコード			SI	診療行為を記録	
		医薬品レコード			IY	医薬品を記録	
		特定器材レコード			TO	特定器材を記録	
		コメントレコード			CO	コメントを記録	
	症状詳記レコード				SJ	症状詳記を記録	
	臓器提供者レセプト情報	臓器提供医療機関情報レコード			TI	臓器提供医療機関単位データの先頭に記録必須	
		臓器提供者レセプト情報レコード			TR	臓器提供者レセプト単位データの先頭に記録必須	
		臓器提供者請求情報レコード			TS	全レセプト種別の請求情報として記録必須	
		傷病名レコード			SY	傷病名を記録	
		診療行為レコード			SI	診療行為を記録	
		医薬品レコード			IY	医薬品を記録	
履歴管理ブロック	請求決定データ	レセプト管理レコード		英数	2	MN	レセプト共通キーなどの情報を記録
		医療機関情報レコード				IR	医療機関情報を記録
		履歴請求データ				RE等	履歴管理情報の付された※請求データを記録
		補正データ				RE等	履歴管理情報の付された※請求データを記録
		事由レコード				JY	補正箇所と補正事由を記録
		審査運用レコード				EX	審査支払機関による運用で付加する情報を記録
		レコード管理情報レコード				RC	審査支払機関が当該レセプトを識別する情報を記録
		診療行為レコード				SI	診療行為を記録
		特定器材レコード				TO	特定器材を記録
		コメントレコード				CO	コメントを記録
症状詳記レコード		SJ	症状詳記を記録				

レコード種別		モード	バイト	識別情報	備考
再審査等 請求データ	再審査等申し出レコード			MD	再審査等申し出理由を記録
	理由対象レコード			RT	申し出理由の対象を記録
レセプト縦覧レコード				JR	関連するレセプトの検索番号等を記録
再審査等結果情報	再審査等申し出結果レコード			MK	審査支払機関での再審査等結果を記録
	再審査等補正データ			RE等	履歴管理情報の付された※請求データを記録
	事由レコード			JY	補正箇所と補正事由を記録
	審査運用レコード			EX	審査支払機関による運用で付加する情報を記録
	返戻理由レコード			HR	履歴管理情報の付された返戻理由レコードを記録
	レコード管理情報レコード			RC	審査支払機関が当該レセプトを識別する情報を記録
履歴請求データ				RE等	履歴管理情報の付された※請求データを記録
返戻理由レコード				HR	履歴管理情報の付された返戻理由レコードを記録
レコード管理情報レコード				RC	審査支払機関が当該レセプトを識別する情報を記録
診療報酬請求書レコード				GO	保険医療機関単位データの最後に記録必須

- 注1 国民健康保険、退職者医療又は後期高齢者医療については、医療保険を国民健康保険、退職者医療又は後期高齢者医療と読み替える。
- 2 履歴管理ブロックの医療機関情報レコードの「医療機関名称」項目について、保険医療機関側の記録内容と審査支払機関が管理する名称が異なる場合は、審査支払機関が管理する名称に置き換える。
- 3 国保連固有情報レコードについては、平成28年3月診療以前分であって、平成30年4月以前に国民健康保険団体連合会へ一次請求された場合のみ記録する。

(カ) 公費負担医療の併用の場合は公費レコードを複数記録し、「法別番号及び制度の略称表」(診療報酬請求書等の記載要領)に示す順番により、先順位の公費負担医療を第一公費として最初に記録し、後順位の公費負担医療を第二公費、第三公費、第四公費として順次記録する。

(キ) レセプト情報は、レセプト種別毎に必要なレコードを記録する。
レセプト種別毎のレセプト情報の記録条件は、次のとおりとする。

レセプト種別	保険者レコード	公費レコード
医療保険単独	○	×
医療保険と1～4種の公費負担医療の併用	○	○(1～4レコード記録)
公費負担医療単独	×	○(1レコード記録)
2～4種の公費負担医療の併用	×	○(2～4レコード記録)

注1 国民健康保険、退職者医療又は後期高齢者医療については、医療保険を国民健康保険、退職者医療又は後期高齢者医療と読み替える。

2 ○は記録必須を、×は記録不可を示す。

エ 内容を表現する文字の符号

内容を記録する文字の符号は、JISX0201-1976の8単位符号及びJISX0208-1983の附属書1にて規定されているシフト符号化表現(シフトJIS)によるものとする。

なお、内容を記録する文字以外の制御符号は、次のとおりとする。

符号名称	図形記号	16進数	バイト数	用途
コンマ	,	(2C)	1	項目の区切りを表現する。
引用符	"	(22)	1	使用しない。
改行コード		(0D)(0A)	2	レコードの区切りを表現する。
EOFコード		(1A)	1	ファイルの終わりを表現する。

注 16進数は、0から9及びAからFを括弧でくくって表現する。

(2) 各種レコードの記録要領に関する事項

ア 医療機関情報

一次請求記録条件仕様の第1章-3-(4)の「各種レコードの記録要領に関する事項」のア「医療機関情報」と同じ。

イ 請求データ

一次請求記録条件仕様の第1章-3-(4)の「各種レコードの記録要領に関する事項」のイ〜キと同じ。

ウ 履歴管理ブロック

履歴管理ブロックには履歴管理情報として、各レコード先頭にデータ識別、行番号及び枝番号を記録する。

(ア) 請求決定データ

a 管理データ

レセプト管理レコード

第2章-4-(2)-エー(ア)-aの「管理データ」の「レセプト管理レコード」と同じ。

b 履歴請求データ

第2章-4-(2)-エー(ア)-bの「履歴請求データ」と同じ。

c 補正データ

(a) レセプト共通レコード等

第2章-4-(2)-エー(ア)-c-(a)の「補正データ」の「レセプト共通レコード等」と同じ。

(b) 事由レコード

第2章-4-(2)-エー(ア)-c-(b)の「補正データ」の「事由レコード」と同じ。

d 審査運用データ

審査運用レコード

第2章-4-(2)-エー(ア)-dの「審査運用データ」の「審査運用レコード」と同じ。

e チェックデータ

レコード管理情報レコード

第2章-4-(2)-エー(ア)-eの「チェックデータ」の「レコード管理情報レコード」と同じ。

(イ) 再審査等請求データ

a 再審査等申し出レコード

第2章-4-(2)-エー(イ)-aの「再審査等請求データ」の「再審査等申し出レコード」と同じ。

b 理由対象レコード

第2章-4-(2)-エー(イ)-bの「再審査等請求データ」の「理由対象レコード」と同じ。

(ウ) レセプト縦覧データ

レセプト縦覧レコード

第2章-4-(2)-エー(ウ)の「レセプト縦覧データ」の「レセプト縦覧レコード」と同じ。

(エ) 再審査等結果情報

a 再審査等結果データ

再審査等申し出結果レコード

第2章-4-(2)-エー(エ)-aの「再審査等結果データ」の「再審査等申し出結果レコード」と同じ。

b 再審査等補正データ

(a) レセプト共通レコード等

第2章-4-(2)-エー(ア)-c-(a)の「補正データ」の「レセプト共通レコード等」と同じ。

(b) 事由レコード

第2章-4-(2)-エー(ア)-c-(b)の「補正データ」の「事由レコード」と同じ。

- c 審査運用データ
審査運用レコード
第2章-4-(2)-エー(ア)-dの「審査運用データ」の「審査運用レコード」と同じ。
 - d 履歴返戻理由データ
返戻理由レコード
第2章-4-(2)-エー(エ)-dの「履歴返戻理由データ」の「返戻理由レコード」と同じ。
 - e チェックデータ
レコード管理情報レコード
第2章-4-(2)-エー(ア)-eの「チェックデータ」の「レコード管理情報レコード」と同じ。
- (オ) 履歴請求データ
第2章-4-(2)-エー(オ)の「履歴請求データ」と同じ。
- (カ) 履歴返戻理由データ
返戻理由レコード
第2章-4-(2)-エー(カ)の「履歴返戻理由データ」の「返戻理由レコード」と同じ。
- (キ) チェックデータ
レコード管理情報レコード
第2章-4-(2)-エー(ア)-eの「チェックデータ」の「レコード管理情報レコード」と同じ。
- エ 診療報酬請求書情報
一次請求記録条件仕様の第1章-3-(4)の「各種レコードの記録要領に関する事項」のク「診療報酬請求書情報」と同じ。

各種コードに関する事項

別表1 審査支払機関コード

コード名	コード	内 容
審査支払機関コード	1	社会保険診療報酬支払基金
	2	国民健康保険団体連合会

別表2 都道府県コード

コード名	コード	内 容
都道府県コード	01	北海道
	02	青森
	03	岩手
	04	宮城
	05	秋田
	06	山形
	07	福島
	08	茨城
	09	栃木
	10	群馬
	11	埼玉
	12	千葉
	13	東京
	14	神奈川
	15	新潟
	16	富山
	17	石川
	18	福井
	19	山梨
	20	長野
	21	岐阜
	22	静岡
	23	愛知
	24	三重
	25	滋賀
	26	京都
	27	大阪
	28	兵庫
	29	奈良
	30	和歌山
	31	鳥取
	32	島根
	33	岡山
	34	広島
	35	山口
	36	徳島
	37	香川
	38	愛媛
	39	高知
	40	福岡
	41	佐賀

コード名	コード	内 容
都道府県コード	4 2	長 崎
	4 3	熊 本
	4 4	大 分
	4 5	宮 崎
	4 6	鹿 児 島
	4 7	沖 縄

別表3 点数表コード

コード名	コード	内 容
点数表コード	1	医 科

別表4 年号区分コード

コード名	コード	内 容
年号区分コード	1	明 治
	2	大 正
	3	昭 和
	4	平 成

別表5 返戻区分コード

コード名	コード	内 容
返戻区分コード	1	事務上の返戻
	2	審査上の返戻
	3	特別審査上の返戻
	4	再審査等請求における資格関係等の返戻
	5	再審査等請求における診療内容の返戻
	6	再審査等請求における事務上の返戻
	7	再審査等請求における突合再審査の返戻
	8	再審査等請求における特別審査上の返戻
	9	再審査等請求における保険医療機関の取下げ

別表6 診療識別コード（医科）

コード名	コード	入 院	入 院 外	
診療識別コード (医科)	0 1	全体に係る識別コード		
	1 1	初診		
	1 2		再診	
	1 3	医学管理		
	1 4	在宅		
	2 1	投 薬	内服	
	2 2		屯服	
	2 3		外用	
	2 4		調剤	
	2 5			処方
	2 6		麻毒	
	2 7		調基	
	2 8		その他	

コード名	コード	入院		入院外	
診療識別コード (医科)	31	注射	皮下筋肉内		
	32		静脈内		
	33		その他		
	39	薬剤料減点			
	40	処置			
	50	手術			
	54	麻酔			
	60	検査・病理			
	70	画像診断			
	80	その他			
	90	入院	入院基本料		
	92		特定入院料・その他		
	97	食事療養・生活療養・標準負担額			
	99	全体に係る識別コード			

別表7 データ識別コード

コード名	コード	内容
データ識別コード	1	保険医療機関からの請求（請求データ）
	2	審査支払機関での補正等（支払決定データ）
	3	保険者等からの再審査等請求（再審査等データ）
	4	審査支払機関での再審査等結果（再審査等決定データ）
	8	保険医療機関への一次請求及び再請求の返戻（返戻データ）
	11	保険者等に請求されたレセプトで再請求前の保険医療機関からの請求（再請求前の請求データ）
	12	保険者等に請求されたレセプトで再請求前の審査支払機関での補正等（再請求前の支払決定データ）
	13	保険者等に請求されたレセプトで再請求前の保険者等からの再審査等請求（再請求前の再審査等データ）
	14	保険者等に請求されたレセプトで再請求前の審査支払機関での再審査等結果（再請求前の再審査等決定データ）

別表8 事由コード

社会保険診療報酬支払基金

コード名	コード	内容
事由コード	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	固定点数誤り
	G	請求点数誤り
	H	縦計計算誤り
	K	その他

国民健康保険団体連合会

コード名	コード	内容
事由コード	A	不適応
	B	過剰
	C	重複
	D	不適當、不必要
	F	固定点数誤り
	G	請求点数誤り
	H	縦計計算誤り
	K	その他

別表9 理由番号コード
社会保険診療報酬支払基金

コード名	コード	原票種別	内容	理由番号補足	理由年月日1	理由年月日2	理由内容	補足	返付依頼 整理番号	
理由番号 コード	100011	資格関係 等	記号・番号の誤り					○		
	100012		患者名・性別・生年月日の誤り					○		
	100013		認定外家族					○		
	100014		該当者なし					○		
	100016		旧証によるもの					○		
	100017		本人・家族等の種別誤り					○		
	100018		資格喪失後の受診		◎ ※3	○ ※3			○	
	100019		重複請求						○	
	100020		給付対象外診療（労災等）						◎	
	100022		後期高齢者・国保該当						○	
	100023		給付期間満了			◎ ※4			○	
	100024		その他		◎ ※1				○	
	100025		医療機関等及び実施機関からの取 下げ依頼による						○	◎
	100026		特記事項の誤り						○	
	100030		診療内容 ・ 事務上	固定点数誤り					○	
	100041	必要事項の記録もれ						○		
	100042	区分、診療開始日の誤り						○		
	100043	実日数の誤り						○		
	100045	一部負担金の誤り						○		
	100048	請求先変更（新設・合併等）			◎ ※2				○	
	100049	突合再審査の再審査（調剤レセプト）						◎	○	
	100050	その他							◎	
	100052	医療機関等及び実施機関からの再 審査請求による							○	◎
	100060	診療内容に関するもの						◎	○	
	100069	突合再審査の再審査（医科・歯科 レセプト）						◎	○	
	100070	参照 レセプト		参照されるレセプト					○	

コード名	コード	原票種別	内 容	理由番号補足	理由年月日1	理由年月日2	理由内容	補足	返付依頼 整理番号
理由番号 コード	100080	突合再審査	突合再審査（調剤レセプト）				◎	○	
	100090		突合再審査（医科・歯科レセプト）				◎	○	

注1 「◎」は必須、「○」は任意の記録とする。

※1 理由番号補足に「理由」を記録する。

※2 理由番号補足に「変更先保険者番号」を8桁以内の全角数字（漢字モード）で記録する。

※3 理由年月日1に「喪失年月日」、理由年月日2に「証回収年月日」を記録する。

※4 理由年月日1に「満了年月日」を記録する。

2 1レセプトに2以上の再審査等申し出レコードが記録される場合、それぞれが異なる原票種別の理由番号コードは記録できない。

国民健康保険団体連合会

コード名	コード	内 容	理由番号補足	理由年月日1	理由年月日2	理由内容	補足	返付依頼 整理番号
理由番号 コード	200000 番台	（国民健康保険団体連合会使用コードは別に定める。）						

別表10 理由内容コード

社会保険診療報酬支払基金

コード名	コード	内 容	『対象』			『参照』
			診療行為	医薬品	特定器材	傷病名等
理由内容 コード	100001	『診療行為・医薬品・特定器材』の適応外	○	○	○	△
	100002	『診療行為・医薬品・特定器材』の過剰	○	○	○	△
	100003	『診療行為・医薬品・特定器材』の重複	○	○	○	△
	100004	『診療行為・医薬品・特定器材』の併用・併施	○	○	○	△
	100005	『診療行為・医薬品・特定器材』の一連	○	○	○	△
	100006	『診療行為・医薬品・特定器材』の包括	○	○	○	△
	100007	『医薬品』の長期投与		○		△
	100008	『医薬品』の禁忌		○		△
	190001	（相手レセプトの申し出内容による審査）				
199999	（上記以外の理由内容）	△	△	△		

注1 「○」は何れかを必ず指定し、「△」は任意での指定とする。

2 『 』は申し出た再審査等の対象となる診療行為等（以下『対象』という。）を表す。

3 『対象』については、「○」のレコードのみ指定することとする。

4 再審査等に当たって参照すべき傷病名等（以下「参照」という。）がある場合、傷病名（傷病名レコード）、診療行為（診療行為レコード）、医薬品（医薬品レコード）、特定器材（特定器材レコード）及びコメント（コメントレコード）を指定することができる。

5 「参照」が記録された場合については、内容の前に文言（「参照」に）を付加し表す。

6 『対象』及び「参照」については、複数のレコードを指定することができる。

7 当該コード（“190001”及び“199999”は除く。）で示した内容の先頭には、「理由内容フリー入力」で文言を追記することができる。

8 “199999（上記以外の理由内容）”は未コード化理由内容コードであり、「理由内容フリー入力」で文言を記録する。なお、別に『対象』を指定することができる。

国民健康保険団体連合会

コード名	コード	内 容	『対象』			「参照」
			診療行為	医薬品	特定器材	傷病名等
理由内容コード	200000番台	(国民健康保険団体連合会使用コードは別に定める。)				

別表11 医療機関等連絡コード

コード名	コード	内 容
医療機関等連絡コード	1	保険医療機関と連絡調整済み

別表12 理由対象区分コード

コード名	コード	内 容
理由対象区分コード	1	指定するレコードが『対象』の場合
	2	指定するレコードが「参照」の場合

別表13 縦覧区分コード

コード名	コード	内 容
縦覧区分コード	1	相手が電子レセプトの場合
	2	相手が紙レセプトの場合
	3	相手が紙の参考の場合

別表14 再審査等申し出機関コード
社会保険診療報酬支払基金

コード名	コード	内 容
再審査等申し出機関コード	101	医療保険
	102	第1公費負担医療
	103	第2公費負担医療
	104	第3公費負担医療
	105	第4公費負担医療
	108	保険医療機関
	109	社会保険診療報酬支払基金

注 公費負担医療単独の場合は“102”を記録する。

国民健康保険団体連合会

コード名	コード	内 容
再審査等申し出機関コード	200番台	(国民健康保険団体連合会使用コードは別に定める。)

別表15 審査結果コード
 社会保険診療報酬支払基金

コード名	コード	内 容	連絡	原審どおり理由	
審査結果コード	101	資格関係等返戻	○		
	102	診療内容 ・ 事務上	原審どおり	○	◎
	103		査定	○	
	104		返戻（診療内容）	○	
	105		返戻（事務上）	○	
	106		請求先変更	○	
	107		突合再審査	原審どおり	○
	108	査定		○	
	109	返戻		○	
	110	医療機関等からの再審査等請求	原審どおり	○	
	111		復活	○	
	112		返戻	○	
	113	他の申し出理由により査定	○	◎	
	114	他の申し出理由により返戻	○	◎	
	115	他レセプトで処理済み	○	◎	
	116	再審査等請求の取り下げ	○	◎	
	199	上記以外の処理	◎		

注 「◎」は必須、「○」は任意の記録とする。

国民健康保険団体連合会

コード名	コード	内 容	連絡	原審どおり理由
審査結果コード	200番台	(国民健康保険団体連合会使用コードは別に定める。)		

別表16 原審どおり理由コード（医科）
 社会保険診療報酬支払基金

コード名	コード	区分	内 容		
原審どおり理由 コード（医科）	100010	基本診療料	算定 ルール	本症例の時間外・休日・深夜加算は、診療内容を通覧し、急患等やむを得ない事情による診療であり妥当と認めます。	
	100011			診療内容を通覧して、初診料の算定は妥当と認めます。	
	100012			本症例の一般症状又は診療内容から、やむを得ない受診であり妥当と認めます。	
	100013			当該指導料又は管理料の算定要件に照らして妥当と認めます。	
	100014			本症例の特定疾患処方管理加算は、厚生労働大臣の定める対象疾患が主病であり妥当と認めます。	
	100015			当該入院基本料は新たな入院であり、今回入院日を起算日とします。	
	100020	薬剤	適応	当該薬剤は、本症例に効能・効果（医学的有用性を含む。）を有する薬剤であり妥当と認めます。	
	100021			当該薬剤は、本症例の一般症状及び病態を勘案して妥当と認めます。	
	100022			症状が重篤症例であるので内服・注射投与は妥当と認めます。	
	100023			速効性を必要とする症例であるので注射投与は妥当と認めます。	
	100024	薬剤	過剰 (過量)	当該薬剤は、適宜増減の薬剤であり、本症例に対し許容量の範囲です。	
	100025			当該薬剤は、本症例の症状と一般的経過からみて、投与期間が過剰とは認めません。	
	100026	薬剤	同種、同効 薬剤の併用	本症例に対する当該薬剤の同一薬効複数剤投与は、作用機序がそれぞれ異なるため、適正な使用であり妥当と認めます。	
	100027			本症例に対する当該薬剤の投薬と注射（内服と外用）の併用投与は、症状の記載等からみて、重症度が考慮され、適正な使用であり妥当と認めます。	
	100028	薬剤	禁忌	本症例に対する当該薬剤は、禁忌となっているが、同一月の診療内容と症状を考慮して必要性があり、慎重投与されたものであることから妥当と認めます。	
	100040	処置・手術 ・麻酔	処置の 適応	本症例の処置は、傷病名、部位等の診療内容からみて妥当と認めます。	
	100041		複数の 処置	本症例の複数の処置は、同一疾病又はこれに起因する病変に対して行われた行為ではないため、それぞれの処置点数で妥当と認めます。	
	100050		手術の 適応	本症例の手術は、傷病名、部位等の診療内容からみて妥当と認めます。	
	100051		複数手術	本症例の複数の手術は、別日又は異なる部位に対し行われているため妥当と認めます。	
	100052			本症例の複数の手術は、複数手術に係る費用の特例に関する告示・通知に該当するため主たる手術のみの算定ではありません。	
	100053		麻酔	麻酔	麻酔は、治療上不可欠な診療行為であり妥当と認めます。
	100054				本症例の神経ブロックは、傷病名の一般症状及び病態を勘案し妥当と認めます。
	100055				診療内容を通覧して回数の算定について妥当と認めます。
	100056		薬剤の 使用量	本症例の傷病名、部位等の一般症状及び病態を勘案し、当該薬剤の使用は適応、用法及び用量とも妥当と認めます。	

コード名	コード	区分	内 容	
原審どおり理由 コード（医科）	100061	検査	適応	本検査は、本症例の診断確定（鑑別診断を含む。）及び治療経過の確認のため妥当と認めます。
	100062			本検査は、入院時、手術前及び観血検査時等の一般的検査として妥当と認めます。
	100063		過剰	本症例に対する複数回の検査は、経過観察のため又は傷病名の病態からみて必要であり過剰とは認めません。
	100064			本症例に対する同種の関連検査複数項目の施行は、診断確定のため過剰とは認めません。
	100070	画像診断	適応	本画像診断は、初診時、入院時及び手術前等の一般的診断として妥当と認めます。
	100071			本症例に対する画像診断時の造影剤使用は、本画像診断を確実にするうえで必要であり妥当と認めます。
	100072		過剰	本症例に対する造影剤使用量は、本画像診断を確実にするうえで必要であり過剰とは認めません。
	100073			診療内容を通覧して過剰とは認めません。
	100074			本症例に対する複数回の画像診断は、診断確定及び治療経過の確認のために必要であり過剰とは認めません。
	100075		一連	本症例に対する複数のレントゲン撮影は、傷病名、部位及び撮影条件等から一連ではありません。
	100080	リハビリテーション	適応	本症例に対する理学療法と作業療法の併施は、傷病名と診療内容よりみて妥当と認めます。
	100081			本症例の理学療法は、傷病名に対する一般症状及び病態を勘案し妥当と認めます。
	100082		過剰	本症例の理学療法は、診療内容からみて過剰とは認めません。
	100083	精神科 専門療法	精神科専門 療法の全項目	本症例の精神科専門療法は、診療内容からみて妥当と認めます。
	100090	入院時 食事療養費	適応	本症例の特別食加算は、入院時食事療養の基準等に表示された特別食であり妥当と認めます。
	100092	その他	特定保険 医療材料	特定保険医療材料は、特定保険医療材料に関する告示・通知の算定要件を満たすため妥当と認めます。
	100093			特定保険医療材料は、本症例の傷病名、部位及び手術等を勘案し過剰とは認めません。
	100094		全診療項目 共通の原審	医学的にみて妥当とされる事項です。
	100095			本症例は、希少疾患、重症例であり、他に有効な治療法がないためご指摘の診療は医学的にみて妥当と認めます。
	100096			傷病名に対する一般症状及び病態を勘案して妥当と認めます。
100097	点数表の告示・通知に照らし、算定ルール上妥当と認めます。			
100098	連絡項目記載		連絡項目により原審どおりとします。	

注 事務上分については、「100099」とする。

国民健康保険団体連合会

コード名	コード	内 容
原審どおり理由 コード（医科）	200000 番台	（国民健康保険団体連合会使用コードは別に定める。）

別表17 再審査等戻事由コード
 社会保険診療報酬支払基金

コード名	コード	原票種別	返 戻 理 由
再審査等戻事由 コード	S1011	資格関係 等	記号・番号の誤り
	S1012		患者名・性別・生年月日の誤り
	S1013		認定外家族
	S1014		該当者なし
	S1016		旧証によるもの
	S1017		本人・家族等の種別誤り
	S1018		資格喪失後の受診
	S1019		重複請求
	S1020		給付対象外診療（労災等）
	S1022		後期高齢者・国保該当
	S1023		給付期間満了
	S1024		その他
	S1025		医療機関等からの取下げ依頼による
	S1026		特記事項の誤り
	S1030	診療内容 ・ 事務上	固定点数誤り
	S1041		必要事項の記録もれ
	S1042		区分、診療開始日の誤り
	S1043		実日数の誤り
	S1045		一部負担金の誤り
	S1048		請求先変更（新設・合併等）
	S1049		突合再審査の再審査
	S1050		その他
	S1052		医療機関等からの再審査請求による
	S1060		診療内容に関するもの
	S1080	突合再審査	突合再審査

国民健康保険団体連合会

コード名	コード	返 戻 理 由
再審査等戻事由 コード	S2000 番台	(国民健康保険団体連合会使用コードは別に定める。)

別表18 補正情報コード

コード名	コード	内 容
補正情報コード	1	一次請求及び再請求で補正等があり、再審査等請求では補正等がない場合
	2	一次請求及び再請求で補正等があり、再審査等請求でも補正等がある場合
	3	一次請求及び再請求で補正等はなく、再審査等請求で補正等がある場合