

レセプト電算処理医科システムに係る
接 続 試 験 実 施 要 領

(平成28年2月版)

社会保険診療報酬支払基金
国民健康保険中央会

はじめに

この接続試験実施要領は、医事コンピュータシステムの取扱メーカー等で開発したレセプト電算処理医科システムに関する診療報酬請求システムが、「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」の規定に適合しているか事前に確認したい場合に、当該システムにより作成した電子媒体を審査支払機関に提出して、接続試験を行う手続き等を取りまとめたものです。

平成18年10月

改正 平成26年 4月

改正 平成27年10月

改正 平成28年 2月

目 次

1	接続試験の申出	1
2	接続試験実施結果の連絡	1
3	接続試験の費用	2
4	その他	2

[参考]

光ディスク等を用いた費用の請求に係る接続試験実施の流れ図（医科）	4
----------------------------------	---

[別紙1]

光ディスク等を用いた費用の請求に係る接続試験依頼書（医科）	5
-------------------------------	---

[別紙2]

光ディスク等を用いた費用の請求に係る接続試験実施連絡書	6
-----------------------------	---

[別紙3]

接続試験用電子媒体等への表記	7
----------------	---

[別紙4]

光ディスク等を用いた費用の請求に係る接続試験結果連絡書	9
-----------------------------	---

[別紙5]

請求書	10
-----	----

※ 別添資料

帳票等説明資料（医科）	
-------------	--

1 接続試験の申出

- (1) 接続試験を希望する場合は、試験実施月の前月20日までに、「光ディスク等を用いた費用の請求に係る接続試験依頼書」(別紙1)(以下「接続試験依頼書」という。)を、次の審査支払機関へ郵送、FAX又はメールにて提出願います。

○ 社会保険診療報酬支払基金分

〒105-0004

東京都港区新橋2-1-3

社会保険診療報酬支払基金 事業統括部運用管理第1課

TEL (代表) 03-3591-7441

FAX 03-3591-7493

メールアドレス jt06@ssk.or.jp

○ 国民健康保険中央会分

〒100-0014

東京都千代田区永田町1-11-35 全国町村会館

国民健康保険中央会

TEL (直通) 03-3581-6811

FAX 03-3581-2378

メールアドレス receden@kokuho.or.jp

- (2) 接続試験依頼書を受け付けた審査支払機関は、「光ディスク等を用いた費用の請求に係る接続試験実施連絡書」(別紙2)(以下「接続試験実施連絡書」という。)をFAX又はメールにて送付します。

- (3) 接続試験実施連絡書に記載された電子媒体の提出期限日までに、試験用電子媒体を審査支払機関に提出(郵送等)願います。

また、試験結果をCSVファイルで希望される場合は、試験用電子媒体とは別にデータ格納用媒体としてFD又はMO(ファイル名「RECEIPTC」、拡張子「UKE」に医療機関情報レコード(IRレコード)を記録したものを)を提出してください。

なお、試験用電子媒体及びデータ格納用媒体には、別紙3のとおり必要事項を表記願います。

2 接続試験実施結果の連絡

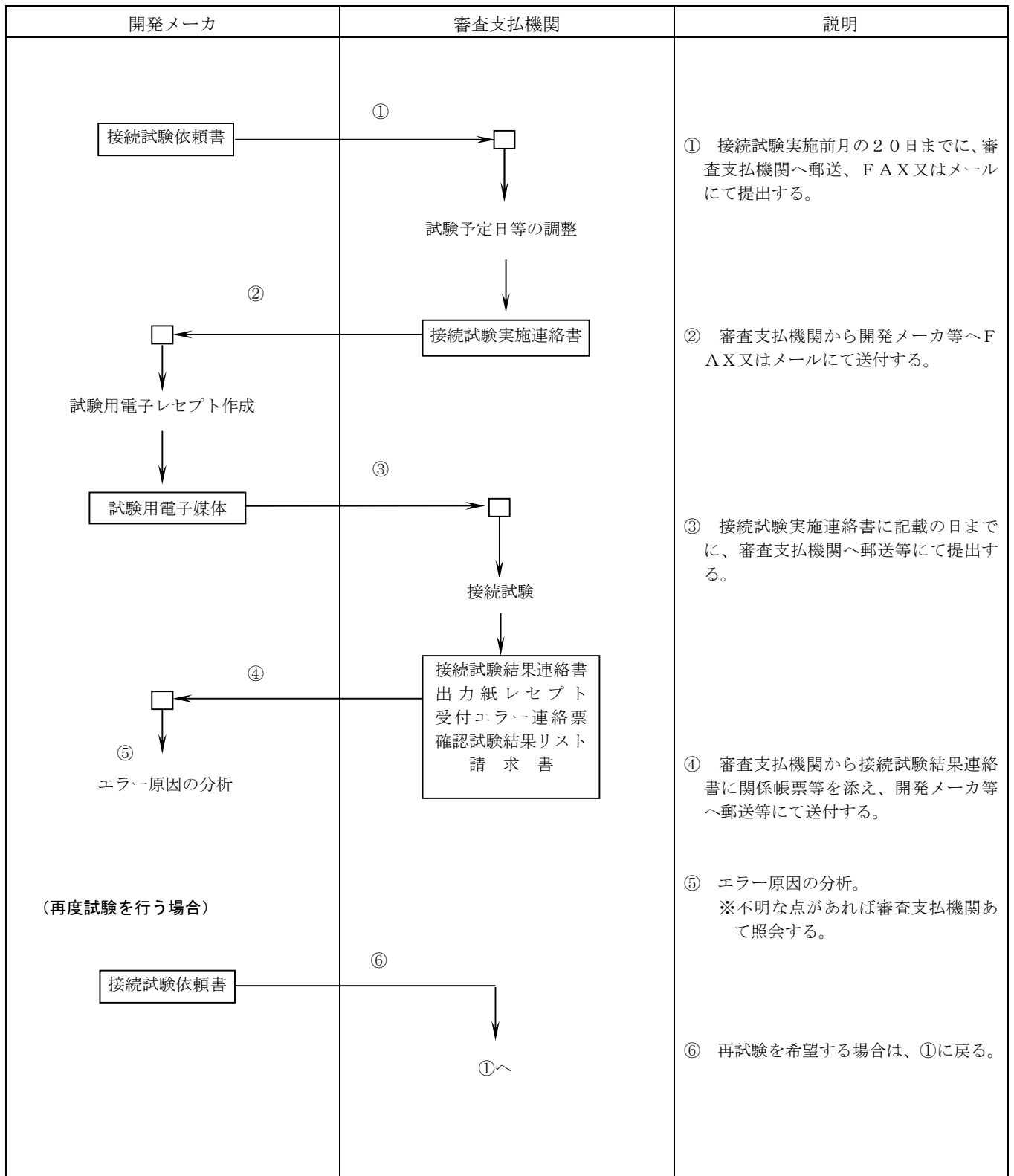
接続試験の実施結果については、「光ディスク等を用いた費用の請求に係る接続試験結果連絡書」(別紙4)に次の資料等を添付し送付(郵送等)します。

① 試験済電子媒体

② 受付エラー連絡票(受付エラー連絡票CSVファイル)

- (7) L 4 1 4 0 (患者氏名の確認を要す) チェック
 - (4) L 4 1 4 2 (被保険者証記号の記録誤り) チェック
- ※ 医療機関からの請求時にはチェック対象とします。

光ディスク等を用いた費用の請求に係る接続試験実施の流れ図（医科）



光ディスク等を用いた費用の請求に係る接続試験依頼書（医科）

メーカー名			
所在地 (還元リスト等送付先)	〒	住所：	
	TEL：		FAX：
担当者	氏名：		
	所属部署名：		メールアドレス：
請求先代表者	役職名：	氏名：	

接続試験依頼内訳

所在地 (都道府県)	医療機関コード	保険医療機関名称	病院・診療所 別	提出資料				還元資料		備考
				提出予定日	電子媒体	媒体枚数	レセプト 件数	エラーリスト	正当分出力 紙レセプト	
			病院 診療所		3.5インチFD MO CD-R	枚	件	紙 CSV 紙とCSV	要 不要	

- (注) 1 光ディスク等を用いた費用の請求に係る接続試験を依頼する際に作成し、審査支払機関に提出願います。
- 2 「請求先代表者」欄について、請求書に記載する代表者の役職名及び氏名を記入願います。
- 3 病院・診療所別について、「病院」又は「診療所」のいずれかに○を記入願います。
- 4 提出資料「電子媒体」欄について、「3.5インチFD」、「MO」又は「CD-R」のいずれかに○を記入願います。
- 5 還元資料「エラーリスト」欄について、必要状況に応じて、「紙（受付エラー連絡票及び確認試験結果リスト）」、「CSV（受付エラー連絡票CSVファイル及び確認試験結果CSVファイル）」又は「紙とCSV」のいずれかに○を記入願います。
- 6 還元資料「正当分出力紙レセプト」欄について、正当分レセプトの必要状況に応じて、「要」又は「不要」のいずれかに○を記入願います。（「要」の場合は、別途費用が発生します。）

平成 年 月 日

_____ 御中

審査支払機関名

光ディスク等を用いた費用の請求に係る接続試験実施連絡書

平成 年 月 日にご依頼のありました接続試験につきましては、下記スケジュールにより実施いたしますので連絡いたします。

記

- | | |
|---------------|---------|
| 1 電子媒体の提出期日 | 月 日まで |
| 2 電子媒体の提出先 | 審査支払機関名 |
| 3 接続試験の実施予定日 | 月 日 |
| 4 還元資料等の発送予定日 | 月 日 |
| 5 その他 | |

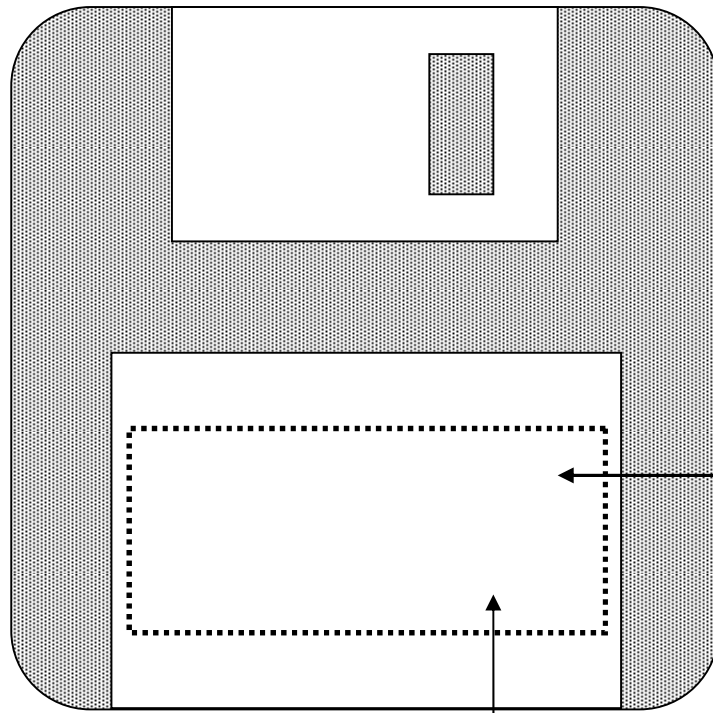
接続試験用電子媒体等への表記

1. FD・MOへの貼付ラベル

(接続試験用の貼付ラベル)

接続試験用				
メーカー名				
医療機関コード				
保険医療機関名称				
診療月分	年	月分		
提出年月日	年	月	日	
媒体枚数	枚中	枚目		

支払基金
・
国保連



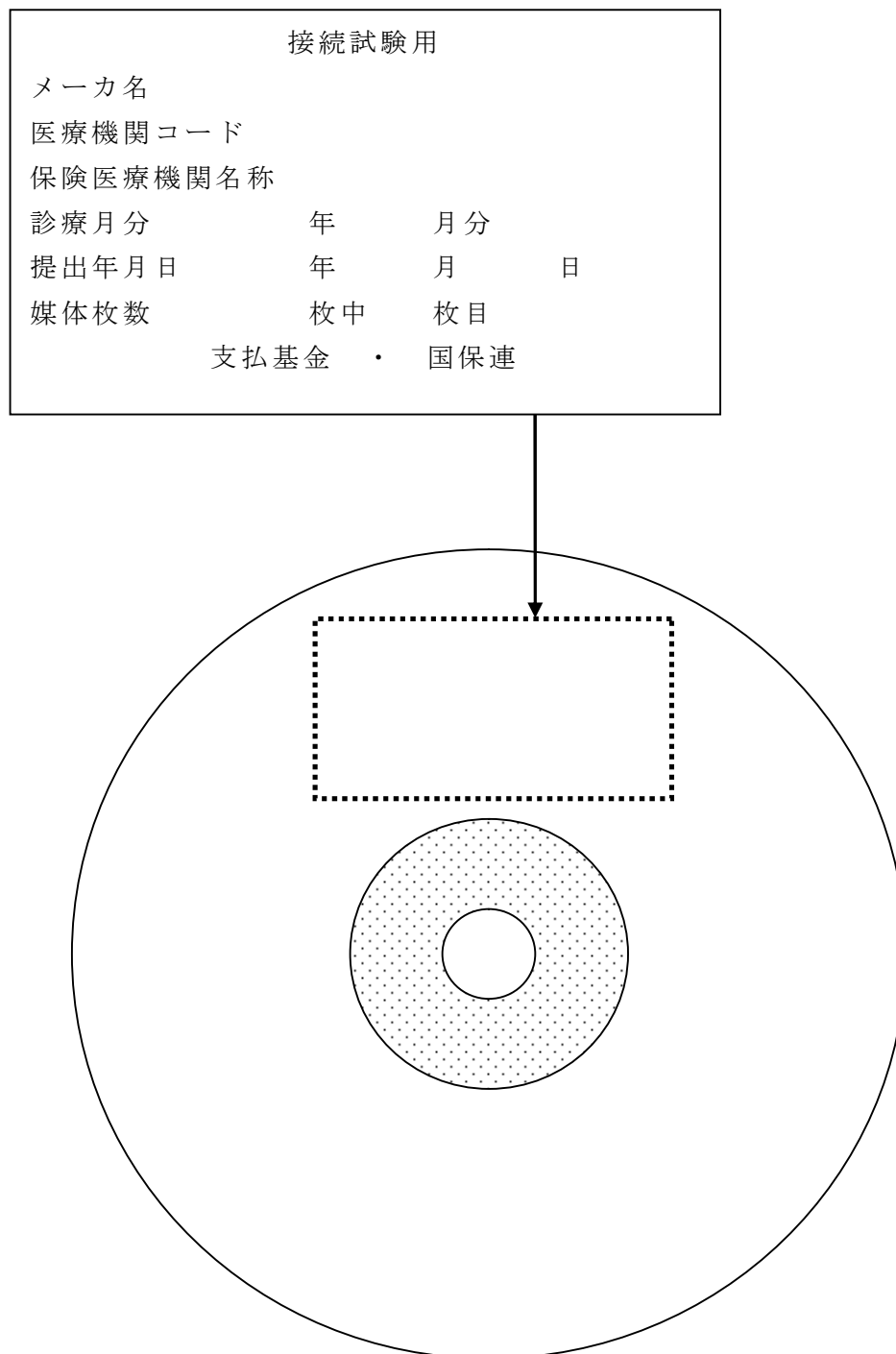
(データ格納用の貼付ラベル)

データ格納用				
メーカー名				
医療機関コード				
保険医療機関名称				
診療月分	年	月分		
提出年月日	年	月	日	

支払基金
・
国保連

2. CD-Rへの表記

レーベル面にシール等を貼付せずに、フェルトペン等により記入すること。



平成 年 月 日

_____ 御中

審査支払機関名

光ディスク等を用いた費用の請求に係る接続試験結果連絡書

先にご依頼のありました接続試験の結果につきましては、下記のとおり資料等を添付しご連絡します。

なお、ご不明な点がございましたら、審査支払機関へ照会願います。

記

- 1 試験済電子媒体
- 2 受付エラー連絡票
- 3 確認試験結果リスト
- 4 出力紙レセプト
- 5 その他

請 求 書

(〇〇月処理分)

¥ _____

(内、消費税相当額 ¥ _____ を含む。)

接続試験に係る平成〇〇年〇〇月〇〇日依頼分の費用（消費税相当額を含む。）を請求します。

なお、上記費用の内訳については下記のとおりです。

接続試験に係る費用（基本料金） ¥ _____
(内、消費税相当額 ¥ _____)

出力紙レセプト（正当分）に係る費用 ¥ _____
(内、消費税相当額 ¥ _____)

発 行 平成 年 月 日

納付期限 平成 年 月 日

審査支払機関名

〇 〇 〇 〇 印

接続試験実施依頼メーカー名

〇 〇 〇 〇 殿

振込先	振込銀行	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
	口座名	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
	口座番号	〇〇〇〇 〇〇〇〇〇〇

別添資料

帳票等説明資料（ 医 科 ）

- 1 受付エラー連絡票……………P 1
- 2 確認試験結果リスト……………P 2
- 3 データ格納用媒体への記録形式……………P 3

3 データ格納用媒体への記録形式

(1) ファイル名称

ア 社会保険診療報酬支払基金の場合

- 受付エラー連絡票 CSV ファイル : RIukefaabccccccc.csv
- 確認試験結果 CSV ファイル : RIkekfaabccccccc.csv
a a : 都道府県番号、b : 点数表区分 (1 : 医科)、c c c c c c c : 医療機関コード

イ 国民健康保険中央会の場合

- 受付エラー連絡票 CSV ファイル : RIUEaabccccccddeeffffff.csv
- 確認試験結果 CSV ファイル : RIKKaabccccccddeeffffff.csv
a a : 都道府県番号、b : 点数表区分 (1 : 医科)、c c c c c c c : 医療機関コード、
d d : 診療科コード (“ 5 0 ” 固定)、e e e : 受付回、f f f f f : 通番 (“ 0 0 0 0 0 ” 固定)

(2) ファイルレイアウト

別紙 1 及び 2 のとおりです。

(3) その他

エラー等が大量に発生し、ファイルの容量が 1 枚のデータ格納用媒体の容量を超えた場合は、複数枚での格納が不可のため、紙での提供となります。

別紙1

受付エラー連絡票CSVファイルレイアウト

ヘッダーレコード

項目	モード	最大バイト	項目形式	内容
レコード種別	英数	1	固定	ヘッダーレコードを表す“1”
診療年月	英数	6	固定	接続試験時に設定された診療年（西暦）月
実施年月日	英数	8	固定	当該受付エラー連絡票が編集された年（西暦）月日
審査支払機関名称	漢字	34	可変	社会保険分：接続試験で使用した医療機関所在地の審査支払機関
		32	可変	国民健康保険分：接続試験で使用した医療機関所在地の審査支払機関
点数表コード	英数	1	固定	医科を表す“1”
点数表名称	漢字	4	可変	“医科”
郡市区番号	英数	2	固定	接続試験で使用した医療機関に係る郡市区番号
医療機関コード	英数	7	固定	接続試験で使用した医療機関の医療機関コード
医療機関名称	漢字	40	可変	接続試験で使用した医療機関の登録名称
診療科コード	英数	14	可変	診療科コード
診療科名称	漢字	48	可変	診療科の名称

データレコード

項目名称	モード	最大バイト	編集形式	内容	
レコード種別	英数	1	固定	データレコードを表す“2”	
受付エラーとなったレセプト情報等	レセプト番号	英数	6	可変	医療機関単位のエラーの場合：省略 レセプト単位のエラーの場合：レセプト番号
	法別番号1	英数	2	可変	医療保険の場合、保険者番号の上2桁
	法別番号2	英数	2	可変	第一公費に係る法別番号
	法別番号3	英数	2	可変	第二公費に係る法別番号
	法別番号4	英数	2	可変	第三公費に係る法別番号
	法別番号5	英数	2	可変	第四公費に係る法別番号
	本家区分名	漢字	4	可変	当該レセプトに係る本人、六歳、家族、高一、高7、後一、後7の区分
	入院・入院外の別	漢字	6	可変	当該レセプトに係る入院・入院外の別
	患者氏名	漢字	80	可変	当該レセプトに係る患者の氏名
	生年月日	英数	7	可変	当該レセプトに係る患者の生年月日（年号を含む）
	予備	—	—	—	記録しない
	エラーメッセージ	漢字	242	可変	エラーメッセージ
	エラー原因	漢字	512	可変	エラーメッセージに係る電子媒体の記録内容

トレーラレコード

項目	モード	最大バイト	項目形式	内容
レコード種別	英数	1	固定	トレーラレコードを表す“3”
請求分件数	英数	6	可変	電子媒体に記録された請求件数
請求分点数	英数	10	可変	電子媒体に記録された請求点数
受付分件数	英数	6	可変	審査支払機関での受付件数
受付分点数	英数	10	可変	受付分件数に係る点数

項 目	モード	最大 バイト	項目 形式	内 容
削除分件数	英数	6	可変	“0”
L2 エラー件数	英数	6	可変	L2 エラーレセプト件数

別紙2

確認試験結果CSVファイルレイアウト

ヘッダーレコード

項目	モード	最大バイト	項目形式	内容
レコード種別	英数	1	固定	ヘッダーレコードを表す“1”
診療年月	英数	6	固定	接続試験時に設定された診療年（西暦）月
実施年月日	英数	8	固定	当該確認試験結果リストが編集された年（西暦）月日
審査支払機関名称	漢字	34	可変	社会保険分：接続試験で使用した医療機関所在地の審査支払機関
		32	可変	国民健康保険分：接続試験で使用した医療機関所在地の審査支払機関
点数表コード	英数	1	固定	医科を表す“1”
点数表名称	漢字	4	固定	“医科”
郡市区番号	英数	2	固定	接続試験で使用した医療機関に係る郡市区番号
医療機関コード	英数	7	固定	接続試験で使用した医療機関の医療機関コード
医療機関名称	漢字	40	可変	接続試験で使用した医療機関の登録名称
診療科コード	英数	14	可変	診療科コード
診療科名称	漢字	48	可変	診療科の名称

データレコード

項目名称	モード	最大バイト	編集形式	内容	
レコード種別	英数	1	固定	データレコードを表す“2”	
予備	—	—	—	記録しない	
エラー又は確認が必要なレセプト情報等	レセプトページ番号	英数	10	固定	出力紙レセプトの右上に印字された印刷ページ番号
	カルテ番号等	英数	20	可変	電子媒体に記録されたカルテ番号等
	レセプト種別	英数	4	固定	当該レセプトに係るレセプトの種別
	エラー出力順	英数	4	可変	レセプトごとのエラー出力順序
	診療識別	英数	2	可変	摘要欄のエラーの場合、診療識別ごとに定められているコード 傷病名欄のエラーの場合、エラーが発生した傷病名レコードの記録順を示す番号 症状詳記のエラーの場合、症状詳記区分 傷病名欄、摘要欄及び症状詳記以外のエラーの場合は省略
	一連番号	英数	2	可変	同一診療識別内の順序番号 摘要欄以外のエラーの場合は省略
	項目番号	英数	2	可変	同一一連番号内の順序番号 摘要欄以外のエラーの場合は省略
	事項名	漢字	400	可変	診療行為名称、医薬品名称、特定器材名称、傷病名称、またはコメント文等
	厚労省コード	英数	9	可変	事項名に対応する厚生労働省コード 該当しない場合は省略
	予備	—	—	—	記録しない
	エラー又は確認事項	漢字	372	可変	エラー又は確認内容

項目名称		モード	最大 バイト	編集 形式	内 容
点数	誤	英数	10	可変	固定点数誤りの場合、記録された点数 請求点数誤りの場合、記録された点数と正しい点数と の差
	正	英数	10	可変	固定点数誤りの場合、正しい点数
原因区分	環境	英数	1	可変	エラー原因が環境設定によるものと推測される場合、 ‘1’ 上記以外の場合は記録しない
	入力	英数	1	可変	エラー原因が入力操作によるものと推測される場合、 ‘1’ 上記以外の場合は記録しない