

レセプト電算処理歯科システムに係る
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歯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 21 年 7 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（歯科）	4
---------------------------------	---

[別紙 1]

光ディスク等を用いた費用の請求に係る確認試験依頼書（歯科）	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（歯科）	
-------------	--

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 03-3591-6514

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「RECEIPTS」、拡張子「UKE」に受付情報レコード(UK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)
- ③ 確認試験結果リスト(確認試験結果CSVファイル)

④ 出力紙レセプト（エラー分又は全レセプト）

⑤ 請求書

注 CSVファイルを希望される場合は、上記②及び③をデータ格納用媒体に記録し送付します。

3 接続試験の費用

(1) 接続試験の費用（消費税含む）

① 基本料金	10,000円/1回
② オプション	
正当分出力紙レセプトの印刷費用	10円/1件

※ 平成26年4月改正後の消費税率に対応しています。

(2) 請求及び支払い

接続試験の費用は、「請求書（別紙5）」により請求しますので、請求書に記載の口座に、期日までにお払込願います。なお、支払いに係る手数料等につきましては、貴社にてご負担願います。

4 その他

(1) 接続試験実施に関するお問い合わせ

前1の(1)に記載の審査支払機関へお問い合わせ願います。

(2) 参考情報のお問い合わせ

- ・厚生労働省ホームページ「診療報酬情報提供サービス」
..... (<http://www.iryohoken.ne.jp/>)
- ・支払基金ホームページ
..... (<http://www.ssk.or.jp/>)

(3) 留意事項

ア 接続試験データに記録する患者氏名は、個人情報保護の観点から架空のもの（例テスト1等）を使用願います。

イ 接続試験で使用する医療機関コード及び医療機関名称については、下記の「接続試験用医療機関一覧表」から選択してください。

○接続試験用医療機関一覧表

接続試験用 医療機関コード	接続試験用 医療機関名称	病診 区分	施設基準 (地域加算)
9999901	接続試験用 0 1 歯科病院	病院	なし
9999902	接続試験用 0 2 歯科病院	病院	1 級地
9999903	接続試験用 0 3 歯科病院	病院	2 級地
9999904	接続試験用 0 4 歯科病院	病院	3 級地
9999905	接続試験用 0 5 歯科病院	病院	4 級地
9999906	接続試験用 0 6 歯科病院	病院	5 級地
9999907	接続試験用 0 7 歯科病院	病院	6 級地
9999908	接続試験用 0 8 歯科医院	診療所	なし

※ 接続試験では、入院基本料の地域加算以外の診療行為について、施設基準とのエラーチェックはかけていません。

ウ 上記イ以外の接続試験用データについては、実在の保険医療機関のデータに限らず、ダミーデータであっても差し支えありません。

エ 接続試験データにおけるUKレコード及びIRレコードの都道府県コードは、必ず「13」を記録してください。

オ 媒体に記録するレセプト件数については、100件以内を目安に作成願います。

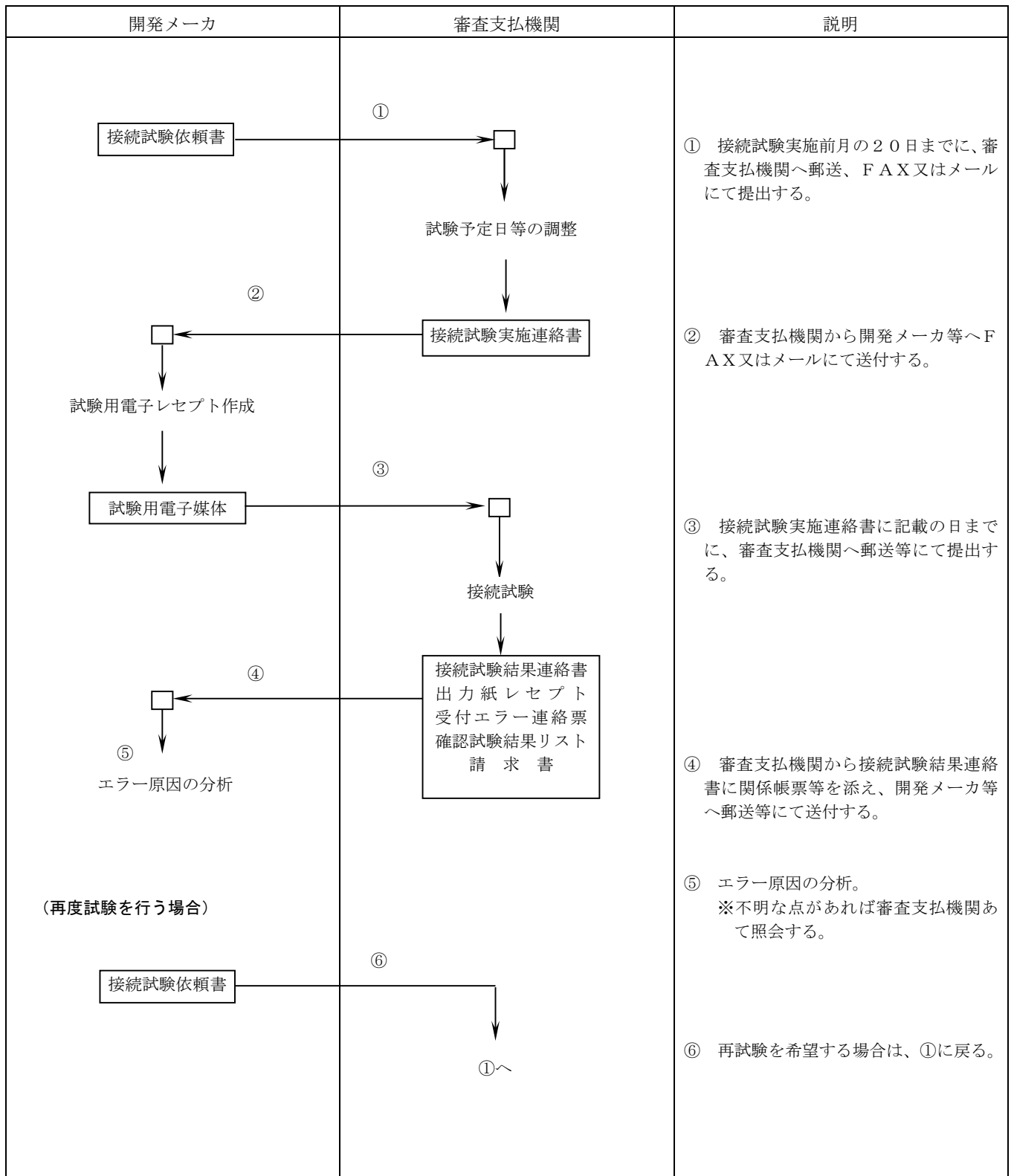
カ 接続試験においては、前アのとおり、個人情報保護の観点から架空の患者情報を使用するため、次の受付・事務点検チェックは実施していません。

(ア) L4140 (患者氏名の確認を要す) チェック

(イ) L4142 (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（歯科）



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（歯科）

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

接続試験用医療機関コード	接続試験用医療機関名称	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	
			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 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。

4 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。

5 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性に応じて、「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。）

6 接続試験依頼内訳の接続試験用医療機関コード及び接続試験用医療機関名称は、「レセプト電算処理システムに係る接続試験実施要領」の4-(3)-イに掲載する接続試験用医療機関一覧から使用する接続試験用医療機関コードと接続試験用医療機関名称を選択し、記入願います。

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 | |

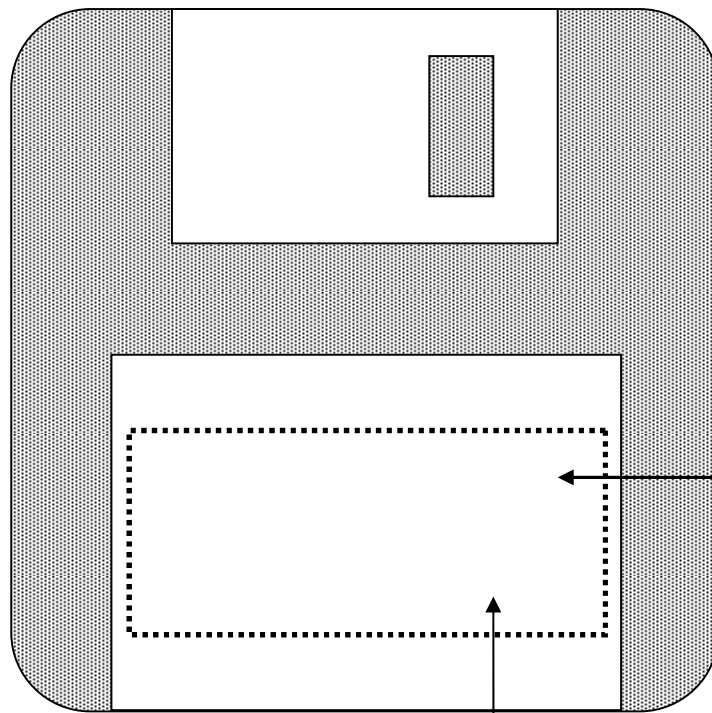
接続試験用電子媒体等への表記

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				
点数表：歯科				
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)

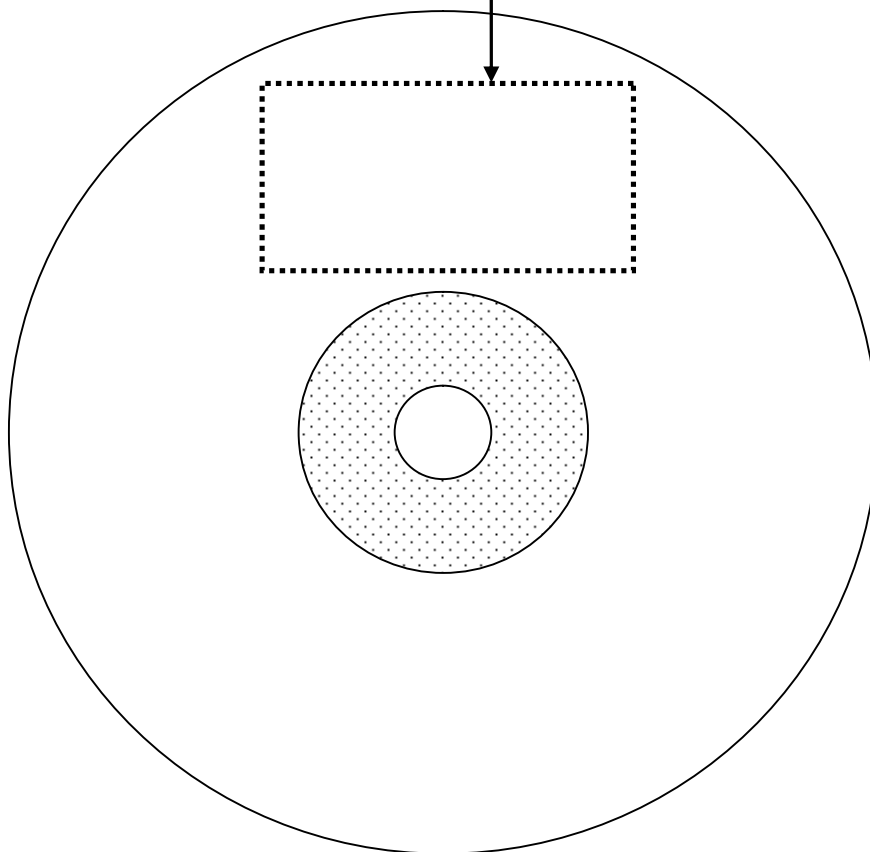
データ格納用				
メーカー名				
点数表：歯科				
医療機関コード				
保険医療機関名称				
診療月分	年	月分		
提出年月日	年	月	日	

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。

接続試験用			
メーカー名			
点数表：歯科			
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



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

○ ○ ○ ○ 印

接続試験実施依頼メーカー名

○ ○ ○ ○ 殿

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

別添資料

帳票等説明資料（ 歯 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

2 確認試験結果リスト

電子媒体に記録された医療機関情報を印字

NNNN年NN月分 確認試験結果リスト

NNNNNNNページ

点数表：NN 郡市区番号：NN 医療機関コード：NNNNNNN

実施年月日 NN年NN月NN日

医療機関名称：NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

審査支払機関名

レセプトページ番号 カルテ番号	診療 識別	一 連 番号	事 項 名	厚労省 コード	エ ラ ー 又 は 確 認 事 項	(誤) 点数 (正)
XXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XX	XX	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	XXXXXXXXXX	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	XXXXXXXXXX

確認が必要な箇所の診療識別、一連番号及び
事項名（診療行為名又は医薬品名等）を印字

確認が必要な診療行為
コード等を印字

エラー又は確認内容を印字

固定点数算定誤りの場合、電子媒体に記録された点数
と正しく計算した点数を印字
請求点数算定誤りの場合、電子媒体に記録された点数
と正しく計算した点数の差を印字

レセプトのページ番号及び電
子媒体に記録されたカルテ番
号等を印字

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 : RSukefaabccccccc.csv
- 確認試験結果 CSV ファイル : RSkekfaabccccccc.csv
a a : 都道府県番号、b : 点数表区分 (3 : 歯科)、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 : RSUEaabccccccddeefffff.csv
- 確認試験結果 CSV ファイル : RSKKaabccccccddeefffff.csv
a a : 都道府県番号、b : 点数表区分 (3 : 歯科)、c c c c c c c : 医療機関コード、
d d : 診療科コード (“50” 固定)、e e e : 受付回、f f f f f : 通番 (“00000” 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	歯科を表す“3”
点数表名称	漢字	4	可変	“歯科”
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

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	1024	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
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	歯科を表す“3”
点数表名称	漢字	4	固定	“歯科”
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

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”	
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	9	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	診療識別ごとに定められているコード 診療行為情報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 診療行為情報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 診療行為情報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、 歯式名称またはコメント文等
	厚生省コード	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
	点数	誤	英数	10	可変
正		英数	10	可変	固定点数誤りの場合、正しい点数