

再審査等請求の手引き

社会保険診療報酬支払基金

令和7年1月

もくじ

I 再審査等請求関係用語

再審査等請求関係用語	．．．	P3
------------	-----	----

II 再審査等請求の流れ

1 資格関係	．．．	P7
2 診療内容・突合再審査	．．．	P8
3 公費実施機関からの連名簿による再審査等請求	．．．	P9

III 電子媒体による再審査等請求

1 再審査等の請求形態	．．．	P13
2 再審査等請求内訳票	．．．	P14
3 明細書返付依頼書・明細書返付書	．．．	P14
4 再審査等請求書	．．．	P15
5 再審査等請求書の編綴	．．．	P15
【別紙1】再審査等請求内訳票（その1）資格関係等	．．．	P16
【別紙2】再審査等請求内訳票（その2） 診療内容・事務上	．．．	P17
【別紙3】調剤報酬請求についての審査請求内訳票	．．．	P18
【別紙4】レセプトへの「再審査等請求内訳票」 貼付箇所	．．．	P19
【別紙5】明細書返付依頼書・明細書返付書「取下げ」	．．．	P20
【別紙6】明細書返付依頼書・明細書返付書 再審査「一次審査」・「再審査」	．．．	P21
【別紙7】明細書返付依頼書・明細書返付書 再審査「突合再審査」	．．．	P22
【別紙8】レセプトへの「明細書返付書」貼付箇所	．．．	P23
【別紙9】再審査等請求書（電子媒体）	．．．	P24
【別紙10】再審査等請求書（電子媒体）の編綴方法		P25

IV OCR様式による再審査等請求

1	再審査等の請求形態	・・・	P29
2	再審査等請求内訳票	・・・	P30
3	明細書返付依頼書・明細書返付書	・・・	P30
4	再審査等請求書	・・・	P31
5	再審査等請求書の編綴	・・・	P31
	【別紙 11】再審査等請求内訳票（その1） 資格関係等OCR用	・・・	P32
	【別紙 12】再審査等請求内訳票（その2） 診療内容・事務上 OCR用	・・・	P34
	【別紙 13】調剤報酬請求についての審査請求内訳票 OCR用	・・・	P36
	【別紙 14】レセプトへの「再審査請求内訳票」 貼付箇所	・・・	P37
	【別紙 15】明細書返付依頼書・明細書返付書「取下げ」	・・・	P38
	【別紙 16】明細書返付依頼書・明細書返付書 再審査「一次審査」・「再審査」	・・・	P39
	【別紙 17】明細書返付依頼書・明細書返付書 再審査「突合再審査」	・・・	P40
	【別紙 18】レセプトへの「明細書返付書」貼付箇所	・・・	P41
	【別紙 19】再審査等請求書（資格関係等）OCR用	・・・	P42
	【別紙 20】再審査等請求書（診療内容・事務上） OCR用	・・・	P43
	【別紙 21】調剤報酬請求についての審査請求書 OCR用	・・・	P44
	【別紙 22】再審査等請求書の編綴方法	・・・	P45

V	公費実施機関からの連名簿による再審査等請求		
1	連名簿による再審査等請求の取扱い	・・・	P49
2	連名簿受取り形態別の申出方法	・・・	P49
3	再審査等請求書及び編綴	・・・	P50
	【別紙 23】公費実施機関で作成する帳票に 記載する項目	・・・	P51
	【別紙 24】支払基金ツール出力による連名簿イメージ 連名簿への「再審査等請求内訳票」貼付箇所	・・・	P53
	【別紙 25】再審査等請求書の編綴方法	・・・	P54
VI	再審査等請求内訳票の理由番号と主な内容		
1	再審査等請求内訳票の理由番号と主な内容	・・・	P57
2	こんな時の理由番号は何番？	・・・	P61
VII	質問に答えて		
	質問に答えて	・・・	P65
VIII	再審査等結果通知		
1	再審査等結果通知書	・・・	P69
2	原審どおり理由コード	・・・	P70
3	査定事由	・・・	P76

I 再審查等請求關係用語

再審査等請求関係用語

	用語	説明
1	原審査	保険医療機関から請求があった診療報酬明細書に対する審査
2	再審査	原審査後の診療報酬明細書に保険者、公費実施機関又は保険医療機関が再度の審査を申し出たものに対する審査
3	調剤報酬請求についての審査 (突合再審査)	保険者、公費実施機関が診療報酬明細書と調剤報酬明細書を照合し、再度の審査を申し出たものに対する審査
4	再審査原審どおり	再審査の結果、診療内容について保険者、公費実施機関又は保険医療機関の申出に対し原審査のとおりとしたもの
5	再審査査定	再審査の結果、診療内容について保険者、公費実施機関又は保険医療機関の申出を認めたもの
6	審査返戻	再審査の必要上、診療内容について保険医療機関に返戻照会したもの
7	資格関係	請求されたレセプトの被保険者等の資格等に関する保険者等の審査の結果、異議があるとする保険者等からの申出
8	再審査等請求内訳票	再審査申出時に、レセプト単位に貼付する様式(様式第901号)
9	明細書返付依頼書・ 明細書返付書 (再審査・取下げ)	支払基金から保険者等にレセプトの返付依頼をする様式 (レセプトを提出した保険医療機関等からの、再審査又は取下げ依頼によりそのレセプトの返付依頼又は公費実施機関(併用レセプト)からの申出に対し返付依頼をするもの)

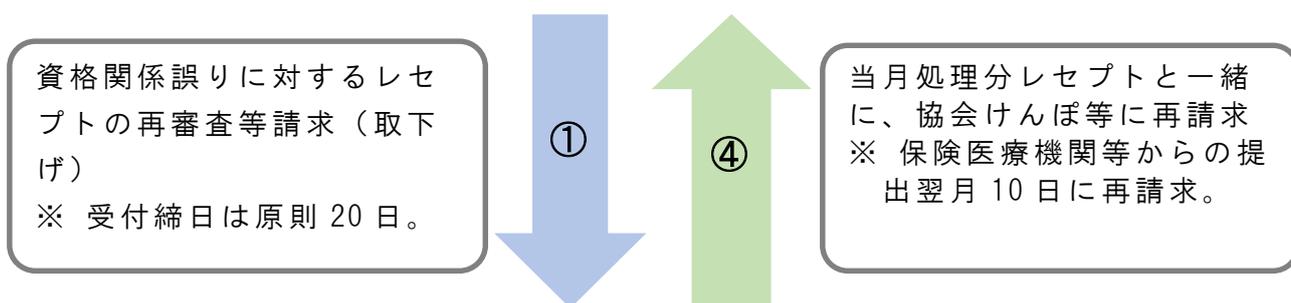
用語		説明
10	自県分	保険者等と保険医療機関等の所在が同一の都道府県に係るレセプト
11	他府県分 (他県分)	保険者等と保険医療機関等の所在が異なる都道府県に係るレセプト

Ⅱ 再審査等請求の流れ

1 資格関係



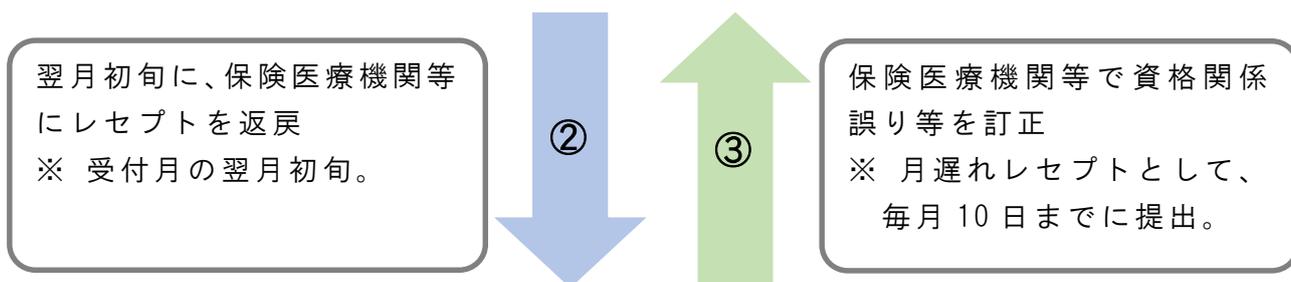
協会けんぽ・健保組合・共済組合・公費実施機関等



社会保険診療報酬
支払基金



47支部

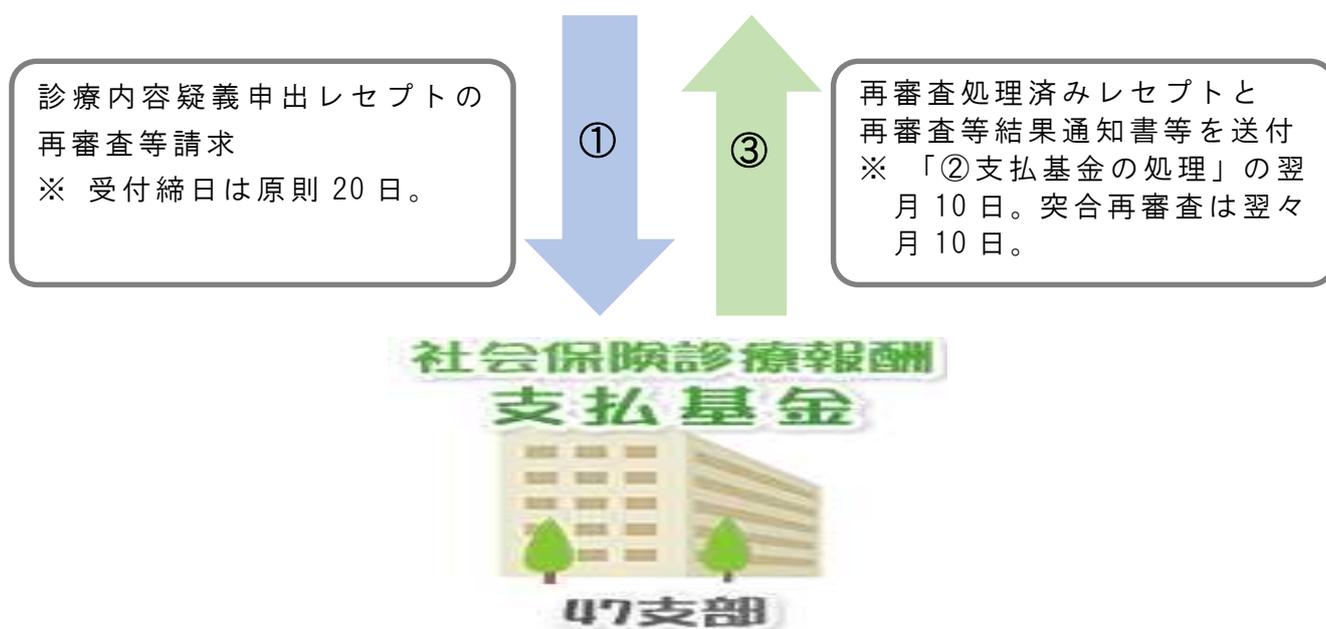


保険医療機関等

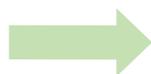
2 診療内容・突合再審査



協会けんぽ・健保組合・共済組合・公費実施機関等



② 支払基金の処理 ※ 受付月の翌月。



再審査結果入力

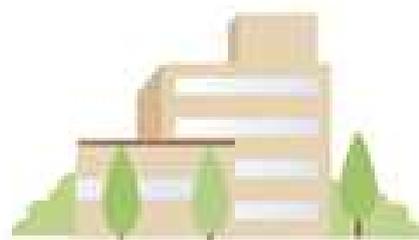


必要がある場合は、返戻



保険医療機関等

3 公費実施機関からの連名簿による再審査等請求



従たる公費実施機関等

連名簿による審査等請求
(資格関係・診療内容・
突合再審査)
※ 受付締日は原則 20 日。

①

④

再審査処理後、再審査等結果
通知書等を送付
※ 再審査処理後の翌月
10 日。

社会保険診療報酬
支払基金



47支部

明細書返付依頼書・明細書
返付書を送付
※ 受付月の原則翌月。

②

③

返付依頼対象レセプトに明
細書返付書、再審査等内訳票
を添付し再審査請求



協会けんぽ・健保組合・共済組合・主たる公費実施機関等

Ⅲ 電子媒体による再審査等請求

1 再審査等の請求形態

再審査等の請求には、次の3種類があります。

(1) 資格関係等

保険医療機関等から請求されたレセプトについて、そのすべてが保険給付できないものに関する再審査等請求です。

通常、支払基金では保険医療機関等にレセプトを返戻し、レセプト1件全額が調整されます。

(2) 診療内容・事務上

支払基金が行った審査結果に異議があるもの、又は、支払基金の事務処理に誤りがあるもの（計数整理の誤りなど）に関する再審査等請求です。

支払基金で再審査又は事務的な再確認を行い、その結果によりレセプトの該当部分について調整又は原審どおりとして保険者等に返送、又は、保険医療機関等へ返戻されます。

なお、「診療内容に関するもの」と「固定点数誤り」の区分は、次のア及びイのとおりです。

ア 「診療内容に関するもの」

算定されている点数が、その根拠である療養担当規則、診療報酬点数表及び医療課長通知等の適用を誤っていると疑われるもの。

イ 「固定点数誤り」

算定されている点数が、診療報酬点数表等に定められた点数と相違しているもの。

(3) 調剤報酬請求についての審査請求

処方せんを交付した保険医療機関の医科又は歯科レセプトと当該処方せんに係る保険薬局の調剤レセプトを患者単位で照合した結果、不適切な投薬が行われていると考えられるものに関する再審査等請求です。

医科又は歯科レセプト原本と調剤レセプト原本双方の提出が必要となる突合再審査のことをいいます。

2 再審査等請求内訳票

再審査等の請求形態ごとに、それぞれ必要な再審査等内訳票があります。

再審査等請求内訳票は、個々のレセプトについての再審査等請求理由を明らかにするために作成するものです。保険者等の記載内容に基づいて再審査等の処理を行います。

- (1) 再審査等を請求するレセプト単位に請求理由を記載して貼付してください。使用する用紙及び記載内容は、次のアからウのとおり請求形態ごとに異なります。

- ア 再審査等請求内訳票（その１）資格関係等 【P16 別紙１】
- イ 再審査等請求内訳票（その２）診療内容・事務上 【P17 別紙２】
- ウ 調剤報酬請求についての審査請求内訳票 【P18 別紙３】

- (2) 再審査等請求内訳票は、レセプト原本１件１件に貼付してください。貼付に当たっては、レセプトの傷病名欄が隠れないように貼付し、当該内訳票の左上隅にホチキス止めしてください。

ただし、突合再審査の場合は、医科又は歯科レセプト原本と調剤レセプト原本のペアで請求となるため、審査請求内訳票は、医科又は歯科レセプトへ添付してください。

※ P19 『別紙４ レセプトへの「再審査等請求内訳票」貼付箇所』

3 明細書返付依頼書・明細書返付書

保険医療機関等及び公費実施機関からの取下げ依頼、又は、再審査等請求により支払基金からレセプトの返付を依頼する場合があります。

支払基金から送付された明細書返付依頼書・明細書返付書を確認の上、該当レセプト原本に明細書返付書を添付し、早期返付にご協力願います。

なお、該当レセプトの返付が困難な場合は、明細書返付書の摘要欄に理由を記載し、明細書返付書のみ支払基金に送付願います。

※ P20 『別紙５ 明細書返付依頼書・明細書返付書「取下げ」』

P21 『別紙６ 明細書返付依頼書・明細書返付書 再審査「一次審査」・「再審査」』

P22 『別紙７ 明細書返付依頼書・明細書返付書 再審査「突合再審査」』

P23 『別紙８ レセプトへの「明細書返付書」貼付箇所』

4 再審査等請求書

再審査等を請求するレセプトの件数を支払基金と保険者等が確認するために使用します。レセプトを請求形態ごとに取りまとめ、再審査等請求書に必要事項を記載し、作成してください。

※ P24 『別紙9 再審査等請求書（電子媒体）』

5 再審査等請求書の編綴

再審査等請求書はレセプト最上部に添付し、自県・他県別に次の(1)から(3)の順番で編綴してください。

※ P25 『別紙10 再審査等請求書（電子媒体）の編綴方法』

(1) 資格関係等（自県・他県別）

- ア 本人
- イ 家族（六歳）、家族
- ウ 高齢者（7割）、高齢者（一般）

(2) 診療内容・事務上（自県・他県別）

- ア 本人
- イ 家族（六歳）、家族
- ウ 高齢者（7割）、高齢者（一般）

(3) 突合再審査（自県・他県別） ※ 調剤報酬請求についての審査請求

- ア 本人
- イ 家族（六歳）、家族
- ウ 高齢者（7割）、高齢者（一般）

再審査等請求内訳票（その2）診療内容・事務上

※ 用紙が必要な場合は、所在地の支払基金支部へお問合せください。

様式第901号の2
再審査等請求内訳票（その2）診療内容・事務上

保険者番号又は
実施機関番号 ①

整理番号 ②

該当箇所にレ印を付し、右側のOCR付せんの理由番号欄に項目番号を記入してください。

③

<input type="checkbox"/> 60 診療内容に関するもの	<input type="checkbox"/> 45 一部負担金の誤り	<input type="checkbox"/> 48 請求先変更（新設・合併等）
<input type="checkbox"/> 30 固定点数誤り	<input type="checkbox"/> 46 保険者番号欄の番号が他の 保険者分であるもの	<input type="checkbox"/> 49 調剤審査の再審査
<input type="checkbox"/> 41 必要項目の記載もれ	<input type="checkbox"/> 47 給付対象外傷病（適用外）	<input type="checkbox"/> 50 その他
<input type="checkbox"/> 42 区分、生年、診療開始日の誤り	継続承認 傷病名	<input type="checkbox"/> 51 老人保健公費負担割合誤り
<input type="checkbox"/> 43 実日数の誤り		<input type="checkbox"/> 52 医療機関からの再審査請求による
<input type="checkbox"/> 44 請求点数誤り（横計・縦計）		

④

⑤

（請求理由を具体的に記入ください。）

支払基金の再審査結果が記載されます。
※ 「Ⅷ 再審査等結果通知」参照。

※ 申出番号をレ点チェックしてください。
再審査等請求の理由番号については、「Ⅵ 再審査等請求内訳票の理由番号と主な内容」。

再審査の結果、下記のとおり決定します。				連 絡	増減点	請求理由	責任	請求数	処理	診療料	再審査
No.	結果	査定事由 原審理由	摘要								
1	査定・原審			支払基金使用欄 ※ 記載不要。							
2	査定・原審										
3	査定・原審										

※再審査結果について補足するときは、上欄に記載してあります。

基金 使用 欄	増減点	請求理由	責任	請求数	処理	診療料	再審査

【再審査等請求内訳票（その2）診療内容・事務上の注意事項】

- ① 保険者番号・公費実施機関番号を記載してください。
- ② 整理番号は、保険者・公費実施機関で決められた整理番号（17桁まで）を記載してください。なお、少なくとも1年間には同整理番号が重なることのないよう注意願います。
- ③ 『60』 診療内容に関するもの
請求理由欄に具体的に記載してください。
再審査等請求レセプトに参考レセプトを添付する場合は、レセプト原本ではなく、写レセプトに「写」の表示をして添付してください。
- ④ 『41』 必要項目の記載もれ
診療行為等に対するコメント等の記載がもれているものです。請求理由欄に具体的に記載してください。
- ⑤ 『52』 医療機関からの再審査請求による
保険医療機関等からの再審査等請求、又は、公費実施機関からの再審査等請求（診療内容等・突合再審査）により支払基金から「再審査」として返付依頼したものです。支払基金が送付した明細書返付書をレセプト原本に添付してください。
※ P21『別紙6 明細書返付依頼書 再審査「一次審査・再審査」』
P22『別紙7 明細書返付依頼書 再審査「突合再審査」』
P23『別紙8 レセプトへの「明細書返付書」貼付箇所』

調剤報酬請求についての審査請求内訳票

※ 用紙が必要な場合は、所在地の支払基金支部へお問合せください。

様式第901号の3
調剤報酬請求についての審査請求内訳票

保険者番号又は
実施機関番号 ① _____

整理番号 ② _____

◎再請求の場合は、この内訳票を
貼付したまま提出してください。

(審査(再審査)請求理由を具体的に記入ください。)

③

※ 医科又は歯科レセプト原本と調剤レセプト
原本のペアで請求となるため、調剤報酬請求に
ついての審査請求内訳票は、医科又は歯科レセ
プトへ添付。

支払基金の再審査結果が記載されます。
※ 「Ⅷ 再審査等結果通知」参照。

審査(再審査)の結果、下記のとおり決定します。

No.	結 果	査定事由 請求(原審)理由	摘 要	連 絡
1	査定・請 求 (原審)			支払基金使用欄 ※ 記載不要。
2	査定・請 求 (原審)			
3	査定・請 求 (原審)			

※審査(再審査)結果について補足するときは、上欄に記載してあります。

※ 上記結果欄の「請求」とは、
処方又は調剤が適切・妥当と認
められるものをいいます。

基 金 使 用 欄	増減点	請求理由	責任	請求数	処理	診療科	再々審

【調剤報酬請求についての審査請求内訳票の注意事項】

- ① 保険者番号・公費実施機関番号を記載してください。
- ② 整理番号は、保険者・公費実施機関で決められた整理番号（17桁まで）を記載してください。なお、少なくとも1年間には同整理番号が重なることのないよう注意願います。
- ③ 再審査等の申出内容を明確に具体的に記載してください。
調剤審査を請求する医科、歯科、又は、調剤レセプトに調剤審査以外の診療内容（調剤技術料や薬学管理料に関するもの）に関する再審査請求事由があるときは、「調剤報酬請求についての審査請求内訳票」にその事由を併記してください。支払基金で再審査も並行して行います。
再審査等請求レセプトに参考レセプトを添付する場合は、レセプト原本ではなく、写レセプトに「写」の表示をして添付してください。

明細書返付依頼書・明細書返付書 「取下げ」

明細書返付依頼書

平成 年 月 日

社会保険診療報酬支払基金

既に送付済みの下記の明細書について、医療機関等から再審査等の請求がありましたので、右の明細書返付書に該当明細書を添付のうえ送付願います。
なお、既に再審査等の請求などが行われており該当明細書の返付が困難な場合は、明細書返付書の摘要欄にその旨を記入し、明細書返付書のみ送付願います。

①	整理番号	再審査等対象種別	一次審査
返付理由	取下げ	再審査等対象種別	一次審査
診療年月	年 月	請求(調整)年月	年 月
点数表	旧総合病院診療科	明細書区分	
医療機関コード			
医療機関名			
薬局コード	()		
薬局名			
公費負担者番号	受給者番号	生年月日	年 月 日
記号・番号	フリガナ	患者名	
請求点数(金額)	点(円)	薬剤一部負担金	円 一部負担金 円
食事・生活療養	請求金額	円 標準負担額	円

注 再審査等対象種別欄「突合再審査」の場合は、診療報酬明細書と調剤報酬明細書を併せて送付願います。

明細書返付書

平成 年 月 日

レセプト添付用

社会保険診療報酬支払基金 御中

平成 年 月 日 に依頼のあった下記の明細書について、別添のとおり送付します。

返付理由	取下げ	整理番号	再審査等対象種別	一次審査
診療年月	年 月	請求(調整)年月	年 月	
点数表	旧総合病院診療科	明細書区分		
医療機関コード				
医療機関名				
薬局コード	()			
薬局名				
公費負担者番号	受給者番号	生年月日	年 月 日	
記号・番号	フリガナ	患者名		
請求点数(金額)	点(円)	薬剤一部負担金	円 一部負担金	円
食事・生活療養	請求金額	円 標準負担額	円	
②	摘 要			
	1 年 月再審査依頼済(整理番号) (資格、診療内容・事務上、突合再審査) 2 該当者がいない。 3 該当者はいないが、該当明細書抽出不能のため写による処理を了承する。 4 該当者はいないが、該当明細書が見当たらない。(明細書返付依頼書の記載(診療年月等)誤りの疑い) 5 その他()			

【注意事項】

① 返付理由 取下げ

保険医療機関等からの取下げ依頼、又は、公費実施機関からの再審査等請求(資格関係等)により支払基金から「取下げ」として返付依頼したものです。支払基金が送付した明細書返付書をレセプト原本に添付して提出してください。

※ P23『別紙8 レセプトへの「明細書返付書」貼付箇所』

② 摘要欄の使用について

支払基金へ再審査依頼中等の理由によりレセプトの提出ができない場合は、必ずその理由を記載して支払基金へ明細書返付書を返付してください。理由の記載がない場合は、明細書返付書を返却する場合があります。

明細書返付依頼書・明細書返付書 再審査「一次審査」・「再審査」

<p style="text-align: center;">明細書返付依頼書</p> <p style="text-align: center;">控え</p> <p style="text-align: right;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">社会保険診療報酬支払基金</p> <p>既に送付済みの下記の明細書について、医療機関等から再審査等の請求がありましたので、右の明細書返付書に該当明細書を添付のうえ送付願います。 なお、既に再審査等の請求などが行われており該当明細書の返付が困難な場合は、明細書返付書の摘要欄にその旨を記入し、明細書返付書のみ送付願います。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; text-align: center;">①</td> <td style="width: 30%;">整理番号</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td>返付理由</td> <td>再審査</td> <td>再審査等対象種別 一次審査</td> </tr> <tr> <td>診療年月</td> <td>年 月</td> <td>請求(調整)年月 年 月</td> </tr> <tr> <td>点数表</td> <td>旧総合病院診療科</td> <td>明細書区分</td> </tr> <tr> <td>医療機関コード</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>医療機関名</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>薬局コード</td> <td colspan="2">()</td> </tr> <tr> <td>薬局名</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>公費負担者番号</td> <td>受給者番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>記号・番号</td> <td>生年月日</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td>患者名</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>請求点数(金額)</td> <td>点(円)</td> <td>薬剤一部負担金 円 一部負担金 円</td> </tr> <tr> <td>食事・生活療養</td> <td>請求金額 円</td> <td>標準負担額 円</td> </tr> </table> <p style="font-size: small;">注 再審査等対象種別欄が「突合再審査」の場合は、診療報酬明細書と調剤報酬明細書を併せて送付願います。</p>	①	整理番号		返付理由	再審査	再審査等対象種別 一次審査	診療年月	年 月	請求(調整)年月 年 月	点数表	旧総合病院診療科	明細書区分	医療機関コード			医療機関名			薬局コード	()		薬局名			公費負担者番号	受給者番号		記号・番号	生年月日	年 月 日	患者名			請求点数(金額)	点(円)	薬剤一部負担金 円 一部負担金 円	食事・生活療養	請求金額 円	標準負担額 円	<p style="text-align: center;">明細書返付書</p> <p style="text-align: center;">レセプト添付用</p> <p style="text-align: right;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">社会保険診療報酬支払基金 御中</p> <p>平成 年 月 日 に依頼のあった下記の明細書について、別添のとおり送付します。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">返付理由</td> <td style="width: 30%; text-align: center;">再審査</td> <td style="width: 10%;">整理番号</td> <td style="width: 40%;"></td> </tr> <tr> <td>診療年月</td> <td>年 月</td> <td>再審査等対象種別</td> <td>一次審査</td> </tr> <tr> <td>請求(調整)年月</td> <td>年 月</td> <td>請求(調整)年月</td> <td>年 月</td> </tr> <tr> <td>点数表</td> <td>旧総合病院診療科</td> <td>明細書区分</td> <td></td> </tr> <tr> <td>医療機関コード</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>医療機関名</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>薬局コード</td> <td colspan="3">()</td> </tr> <tr> <td>薬局名</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>公費負担者番号</td> <td>受給者番号</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>記号・番号</td> <td>生年月日</td> <td colspan="2">年 月 日</td> </tr> <tr> <td>フリガナ</td> <td colspan="3">患者名</td> </tr> <tr> <td>請求点数(金額)</td> <td>点(円)</td> <td>薬剤一部負担金 円</td> <td>一部負担金 円</td> </tr> <tr> <td>食事・生活療養</td> <td>請求金額 円</td> <td>標準負担額 円</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">②</td> <td colspan="3">摘要</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="3"> 1 年 月 再審査依頼済(整理番号) (資格、診療内容・事務上、突合再審査) 2 該当者がいない。 3 該当者がいるが、該当明細書抽出不能のため写による処理を了承する。 4 該当者がいるが、該当明細書が見当たらない。(明細書返付依頼書の記載(診療年月等)誤りの疑い) 5 その他() </td> </tr> </table>	返付理由	再審査	整理番号		診療年月	年 月	再審査等対象種別	一次審査	請求(調整)年月	年 月	請求(調整)年月	年 月	点数表	旧総合病院診療科	明細書区分		医療機関コード				医療機関名				薬局コード	()			薬局名				公費負担者番号	受給者番号			記号・番号	生年月日	年 月 日		フリガナ	患者名			請求点数(金額)	点(円)	薬剤一部負担金 円	一部負担金 円	食事・生活療養	請求金額 円	標準負担額 円		②	摘要				1 年 月 再審査依頼済(整理番号) (資格、診療内容・事務上、突合再審査) 2 該当者がいない。 3 該当者がいるが、該当明細書抽出不能のため写による処理を了承する。 4 該当者がいるが、該当明細書が見当たらない。(明細書返付依頼書の記載(診療年月等)誤りの疑い) 5 その他()		
①	整理番号																																																																																																			
返付理由	再審査	再審査等対象種別 一次審査																																																																																																		
診療年月	年 月	請求(調整)年月 年 月																																																																																																		
点数表	旧総合病院診療科	明細書区分																																																																																																		
医療機関コード																																																																																																				
医療機関名																																																																																																				
薬局コード	()																																																																																																			
薬局名																																																																																																				
公費負担者番号	受給者番号																																																																																																			
記号・番号	生年月日	年 月 日																																																																																																		
患者名																																																																																																				
請求点数(金額)	点(円)	薬剤一部負担金 円 一部負担金 円																																																																																																		
食事・生活療養	請求金額 円	標準負担額 円																																																																																																		
返付理由	再審査	整理番号																																																																																																		
診療年月	年 月	再審査等対象種別	一次審査																																																																																																	
請求(調整)年月	年 月	請求(調整)年月	年 月																																																																																																	
点数表	旧総合病院診療科	明細書区分																																																																																																		
医療機関コード																																																																																																				
医療機関名																																																																																																				
薬局コード	()																																																																																																			
薬局名																																																																																																				
公費負担者番号	受給者番号																																																																																																			
記号・番号	生年月日	年 月 日																																																																																																		
フリガナ	患者名																																																																																																			
請求点数(金額)	点(円)	薬剤一部負担金 円	一部負担金 円																																																																																																	
食事・生活療養	請求金額 円	標準負担額 円																																																																																																		
②	摘要																																																																																																			
	1 年 月 再審査依頼済(整理番号) (資格、診療内容・事務上、突合再審査) 2 該当者がいない。 3 該当者がいるが、該当明細書抽出不能のため写による処理を了承する。 4 該当者がいるが、該当明細書が見当たらない。(明細書返付依頼書の記載(診療年月等)誤りの疑い) 5 その他()																																																																																																			

【注意事項】

① 返付理由 再審査

保険医療機関等からの再審査等請求、又は、公費実施機関からの再審査等請求(診療内容等)により支払基金から「再審査」として返付依頼したものです。支払基金が送付した明細書返付書をレセプト原本に添付して提出してください。

※ P23『別紙8 レセプトへの「明細書返付書」貼付箇所』

② 摘要欄の使用について

支払基金へ再審査依頼中等の理由によりレセプトの提出ができない場合は、必ずその理由を記載して支払基金へ明細書返付書を返付してください。理由の記載がない場合は、明細書返付書を返却する場合があります。

明細書返付依頼書・明細書返付書 再審査「突合再審査」

明細書返付依頼書				明細書返付書			
控え				レセプト添付用			
平成 年 月 日				平成 年 月 日			
社会保険診療報酬支払基金				社会保険診療報酬支払基金 御中			
<p>既に送付済みの下記の明細書について、医療機関等から再審査等の請求がありましたので、右の明細書返付書に該当明細書を添付のうえ送付願います。</p> <p>なお、既に再審査等の請求などが行われており該当明細書の返付が困難な場合は、明細書返付書の摘要欄にその旨を記入し、明細書返付書のみ送付願います。</p>				<p>平成 年 月 日に依頼のあった下記の明細書について、別添のとおり送付します。</p>			
①		整理番号	②		整理番号		
返付理由	再審査	再審査等対象種別	突合再審査		再審査等対象種別	突合再審査	
診療年月	年 月	請求(調整)年月	年 月		請求(調整)年月	年 月	
点数表	旧総合病院診療科	明細書区分			旧総合病院診療科	明細書区分	
医療機関コード							
医療機関名	②※						
薬局コード	()						
薬局名							
公費負担者番号	受給者番号				受給者番号		
記号・番号	生年月日		年 月 日		生年月日	年 月 日	
フリガナ	患者名						
請求点数(金額)	点(円)	薬剤一部負担金	円	一部負担金	円	一部負担金	円
食事・生活療養	請求金額	円	標準負担額	円	標準負担額	円	円
③		<p>1 年 月 再審査依頼済(整理番号)</p> <p>(資格、診療内容・事務上、突合再審査)</p> <p>2 該当者がいない。</p> <p>3 該当者がいるが、該当明細書抽出不能のため写による処理を了承する。</p> <p>4 該当者はいるが、該当明細書が見当たらない。(明細書返付依頼書の記載(診療年月等)誤りの疑い)</p> <p>5 その他()</p>					
<p>注 再審査等対象種別欄が「突合再審査」の場合は、診療報酬明細書と調剤報酬明細書を併せて送付願います。</p>							

【注意事項】

① 返付理由 再審査

保険医療機関等からの再審査等請求、又は、公費実施機関からの再審査等請求(突合再審査)により支払基金から「再審査」として返付依頼したものです。支払基金が送付した明細書返付書をレセプト原本に添付して提出してください。

※ P23『別紙8 レセプトへの「明細書返付書」貼付箇所』

② 再審査等対象種別 突合再審査

突合再審査の場合は、医科又は歯科レセプト原本と調剤レセプト原本のペアで提出となります。

なお、ペアとなる調剤レセプトは、②※欄の医療機関分であるか確認願います。

③ 摘要欄の使用について

支払基金へ再審査依頼中等の理由によりレセプトの提出ができない場合は、必ずその理由を記載して支払基金へ明細書返付書を返付してください。理由の記載がない場合は、明細書返付書を返却する場合があります。

レセプトへの「明細書返付書」貼付箇所

明細書返付書

平成 年 月 日

クリップ又はホチキス止め位置

社会保険診療報酬支払基金

平成 年 月 日 に依頼のあった下記の明細書について、別添のとおり送付します。

返付理由		取下げ	再審査等対象種別	一次審査
診療年月	年 月	請求(調整)年月	年 月	年 月
点数表	旧総合病院診療科	明細書区分		
医療機関コード				
医療機関名				
薬局コード	()			
薬局名				
公費負担者番号	受給者番号			
記号・番号	生年月日		年 月 日	
フリガナ	患者名			
請求点数(金額)	点(円)	薬剤一部負担金	円	一部負担金
食事・生活療養	請求金額	円	標準負担額	円
摘要	1 年 月再審査依頼済(整理番号 () (資格、診療内容・事務上、突合再審査) 2 該当者がいない。 3 該当者はいるが、該当明細書抽出不能のため写による処理を了承する。 4 該当者はいるが、該当明細書が見当たらない。(明細書返付依頼書の記載(診療年月等)誤りの疑い) 5 その他()			

◎再請求の場合は、この内訳表を貼付したまま提出してください。

求
 傷病(業務上)
 傷病(適用外)
 給付対象外であるもの
 健・国保該当
 期満了 (満了 年 月 日)

欄がりの取下げ依頼による

	基 金 使 用 欄	増減京	
その他			
請求	請求	請求	請求
公費	公費	公費	公費
負担	負担	負担	負担
点	点	点	点
数	数	数	数
点	点	点	点
数	数	数	数

備考 1. この用紙は、日本工務院発行A4用紙とする。 2. 空欄の欄、記入しないこと。

様式第11(11)

1 単編	2 本外	3 高外
22 併	4 大外	5 高外
33 併	6 兼外	7 高外
10 併	11 併	12 併

再審査等請求書（電子媒体）

※ 用紙が必要な場合は、所在地の支払基金支部へお問合せください。

作成した日付を記載 平成 年 月 日

再審査等請求書（電子媒体）

社会保険診療報酬支払基金 _____ 支部 御中

保険者（実施機関）番号に記載 保険者（実施機関）番号 _____

保険者（実施機関）名 保険者（実施機関）名 _____

さきに請求のあった診療報酬について、下記のとおり再審査願います。

再審査レセプトを提出する年月を記載 1 再審査等請求年月 : _____年_____月分

電子媒体枚数を記載 2 電子媒体枚数 : 請求用 _____枚、結果用 要 _____枚、否

明細書件数を記載 3 明細書件数 : _____件

再審査レセプトの件数を記載 明細書返付書の添付されているレセプトの件数を再掲にて記載

種 類	本 人		家 族		高 齢 者		計	医療機関からの取 下げ又は再審査請求分 (再掲)
	自県	他県	自県	他県	自県	他県		
資 格 関 係								
診 療 内 容 ・ 事 務 上								
突 合 再 審 査								
合 計								

※ 「電子媒体枚数」欄について「要」に枚数を記載し、希望し

(1) 「調剤報酬請求についての審査請求内訳票」を貼付したレセプトの保険医療機関の所在する都道府県によって、自県、他県を区別

(2) 医科又は歯科レセプトと調剤レセプト双方の審査結果に異議があり、保険医療機関と保険薬局の所在する都道府県が異なる場合は、保険医療機関の所在する都道府県により、自県、他県を区別

(3) 再審査等請求書の件数欄の記入は、医科又は歯科レセプトと調剤レセプトをペアで1件として記入

再審査等請求書（電子媒体）の編綴方法

再審査等請求書は、レセプト最上部に添付
※ 詳しい記載方法は、P24。

平成 年 月 日

再審査等請求書（電子媒体）

社会保険診療報酬 **クリップ等止め位置**

保険者（実施機関）番号 _____

保険者（実施機関）名 _____

さきに請求のあった診療報酬について、下記のとおり再審査願います。

記

1 再審査等請求年月： _____年____月分

2 電子媒体枚数： 請求用 _____枚、結果用 要 _____枚、否

3 明細書件数： _____件

種 類	本 人		家 族		高 齢 者		計	医療機関からの取 下げ又は再審査請求分 (再掲)
	自県	他県	自県	他県	自県	他県		
資格関係								
診療内容・事務上								
突合再審査								
合 計								

※ 「電子媒体枚数」欄について、結果用のデータを希望する場合は「結果用要」に枚数を記載し、希望しない場合は「否」の文字を○で囲んでください。

A4 (297×210)

【レセプトの編綴順序（上から）】

自 県 分	資格関係	本人
	"	家族（六歳）、家族
	"	高齢者（7割）、高齢者（一般）
他 県 分	資格関係	本人
	"	家族（六歳）、家族
	"	高齢者（7割）、高齢者（一般）
自 県 分	診療内容・事務上	本人
	"	家族（六歳）、家族
	"	高齢者（7割）、高齢者（一般）
他 県 分	診療内容・事務上	本人
	"	家族（六歳）、家族
	"	高齢者（7割）、高齢者（一般）
自 県 分	突合再審査	本人
	"	家族（六歳）、家族
	"	高齢者（7割）、高齢者（一般）
他 県 分	突合再審査	本人
	"	家族（六歳）、家族
	"	高齢者（7割）、高齢者（一般）

IV OCR様式による再審査等請求

1 再審査等の請求形態

再審査等の請求には、次の3種類があります。

(1) 資格関係等

保険医療機関等から請求されたレセプトについて、そのすべてが保険給付できないものに関する再審査等請求です。

通常、支払基金では保険医療機関等にレセプトを返戻し、レセプト1件全額が調整されます。

(2) 診療内容・事務上

支払基金が行った審査結果に異議があるもの、又は、支払基金の事務処理に誤りがあるもの（計数整理の誤りなど）に関する再審査等請求です。

支払基金で再審査又は事務的な再確認を行い、その結果によりレセプトの該当部分について調整又は原審どおりとして保険者等に返送、又は、保険医療機関等へ返戻されます。

なお、「診療内容に関するもの」と「固定点数誤り」の区分は、次のア及びイのとおりです。

ア 「診療内容に関するもの」

算定されている点数が、その根拠である療養担当規則、診療報酬点数表及び医療課長通知等の適用を誤っていると疑われるもの。

イ 「固定点数誤り」

算定されている点数が、診療報酬点数表等に定められた点数と相違しているもの。

(3) 調剤報酬請求についての審査請求

処方せんを交付した保険医療機関の医科又は歯科レセプトと当該処方せんに係る保険薬局の調剤レセプトを患者単位で照合した結果、不適切な投薬が行われていると考えられるものに関する再審査等請求です。

医科又は歯科レセプト原本と調剤レセプト原本双方の提出が必要となる突合再審査のことをいいます。

2 再審査等請求内訳票

再審査等の請求形態ごとに、それぞれ必要な再審査等内訳票があります。

再審査等請求内訳票は、個々のレセプトについての再審査等請求理由を明らかにするために作成するものです。保険者等の記載内容に基づいて再審査等の処理を行います。

- (1) 再審査等を請求するレセプト単位に請求理由を記載して貼付してください。使用する用紙及び記載内容は、次のアからウのとおり請求形態ごとに異なります。

- ア 再審査等請求内訳票（その１）資格関係等 【P 32 別紙 11】
- イ 再審査等請求内訳票（その２）診療内容・事務上 【P 34 別紙 12】
- ウ 調剤報酬請求についての審査請求内訳票 【P 36 別紙 13】

- (2) 再審査等請求内訳票は、レセプト原本 1 件 1 件に貼付してください。貼付に当たっては、レセプトの傷病名欄が隠れないように貼付し、当該内訳票の左上隅にホチキス止めしてください。

ただし、突合再審査の場合は、医科又は歯科レセプト原本と調剤レセプト原本のペアで請求となるため、審査請求内訳票は、医科又は歯科レセプトへ添付してください。

※ P 37『別紙 14 レセプトへの「再審査等請求内訳票」貼付箇所』

- (3) レセプトに貼付した再審査等請求内訳票は、中央ミシン線に沿って谷折りしてください。

3 明細書返付依頼書・明細書返付書

保険医療機関等及び公費実施機関からの取下げ依頼、又は、再審査等請求により支払基金からレセプトの返付を依頼する場合があります。

支払基金から送付された明細書返付依頼書・明細書返付書を確認の上、該当レセプト原本に明細書返付書を添付し、早期返付にご協力願います。

なお、該当レセプトの返付が困難な場合は、明細書返付書の摘要欄に理由を記載し、明細書返付書のみ支払基金に送付願います。

※ P 38『別紙 15 明細書返付依頼書・明細書返付書「取下げ」』

P 39『別紙 16 明細書返付依頼書・明細書返付書 再審査「一次審査」・「再審査」』

P 40『別紙 17 明細書返付依頼書・明細書返付書 再審査「突合再審査」』

P 41『別紙 18 レセプトへの「明細書返付書」貼付箇所』

4 再審査等請求書

再審査等を請求するレセプトの件数を支払基金と保険者等が確認するために使用します。レセプトを請求形態ごとに取りまとめ、自県分・他府県分別に再審査等請求書に必要事項を記載し、作成してください。

なお、再審査等請求書は、次の(1)から(3)のとおり請求形態ごとに異なります。

- (1) 再審査等請求書（資格関係等） 【P42 別紙19】
- (2) 再審査等請求書（診療内容・事務上）【P43 別紙20】
- (3) 調剤報酬請求についての審査請求書 【P44 別紙21】

5 再審査等請求書の編綴

レセプトは、自県分・他府県分別に次の(1)から(3)の順番で編綴してください。

※ P45 『別紙22 再審査等請求書の編綴方法』

- (1) 資格関係等（自県分・他府県分）
 - ア 本人
 - イ 家族（六歳）、家族
 - ウ 高齢者（7割）、高齢者（一般）
- (2) 診療内容・事務上（自県分・他府県分）
 - ア 本人
 - イ 家族（六歳）、家族
 - ウ 高齢者（7割）、高齢者（一般）
- (3) 突合再審査（自県分・他府県分） ※ 調剤報酬請求についての審査請求
 - ア 本人
 - イ 家族（六歳）、家族
 - ウ 高齢者（7割）、高齢者（一般）

再審査等請求内訳票（その1）資格関係等 OCR用

※ 用紙が必要な場合は、所在地の支払基金支部へお問合せください。

様式第901号の1
再審査等請求内訳票（その1）資格関係等

保険者番号又は実施機関番号 ① _____ 整理番号 ② _____

※再請求の場合は、この内訳票を貼付したまま提出してください。

該当箇所にレ印を付し、右側のOCR付せん理由番号欄に項目番号を記入してください。

<input type="checkbox"/> 11 記号・番号の誤り	<input type="checkbox"/> 19 重複請求
<input type="checkbox"/> 12 患者名の誤り	<input type="checkbox"/> 20 給付対象外傷病（業務上）
<input type="checkbox"/> 13 認定外家族	<input type="checkbox"/> 21 給付対象外傷病（適用外） （全てが給付対象外であるもの）
<input type="checkbox"/> 14 該当者なし	<input type="checkbox"/> 22 老人保健・国保該当
<input type="checkbox"/> 15 保険者番号と記号の不一致	<input type="checkbox"/> 23 給付期間満了（満了年月日）
<input type="checkbox"/> 16 旧証によるもの	<input type="checkbox"/> 24 その他
<input type="checkbox"/> 17 本人・家族の誤り	<input type="checkbox"/> 25 医療機関からの取下げ依頼による
<input type="checkbox"/> 18 資格喪失後の受診	

③ 理由
 喪失年月日 _____ 証回収年月日 _____

※ 申出番号をレ点チェックしてください。再審査等請求の理由番号については、「Ⅵ 再審査等請求内訳票の理由番号と主な内容」。

増減点 _____ 請求理由番号 _____

保険者番号又は実施機関番号 ⑦ _____ 原票種別 _____

⑧ 理由番号 _____ 整理番号 _____

⑨ 明細書情報
 診療年月 _____ 区分 _____
1=本人入院 2=本人入院外 3=未就学者入院 4=未就学者入院外 5=家族入院 6=家族入院外 7=入院外 8=入院外 9=入院 0=入院外

⑩ 医療機関情報
 都道府県番号 _____ 点数表番号 _____ 医療機関コード _____ 点数表番号
1=内科 3=歯科 4=調剤 5=産科 6=訪問

* 老人保健
 受給者番号 _____ 保険者番号 _____
* 老人保健のときのみ記入してください。

⑪ 記号
 漢字・英・数・カナ・混在（協会・船員・共済・自衛官） _____ 数字のみ（健保・共済） _____

⑫ 患者名（幼幼）
 姓と名の間は1桁空け、濁点・半濁点は1文字として記入してください。

⑬ 療養の給付
 決定回数 _____ 一部負担金 _____ 日数 _____

食事・生活
 決定金額 _____ 標準負担額 _____
薬剤負担金額を記入する場合は、この欄に記入してください。

⑭ 取下げ/整理番号（数字） _____
医療機関からの取下げ分によるもの（請求理由25）について、返付依頼書の整理番号を記入してください。

文字枠内に記載

【再審査等請求内訳票（その1）資格関係等の注意事項】

① 保険者番号・公費実施機関番号を記載してください。

② 整理番号は印刷済です。

③ 『18』 資格喪失後の受診（マイナ保険証を除く）

資格喪失年月日及び証回収年月日を必ず記載してください。証未回収、証回収前受診、証回収が月の途中等の場合は、保険医療機関の了解を得た上で提出してください。なお、理由欄に了解を得た旨（連絡年月日、保険医療機関担当者名等）を記載してください。

記載のない場合は、原審どおりとして保険者等あてに一旦返送するので、必要事項を記載の上で改めて再審査等請求してください。

④ 『19』 重複請求

重複請求の場合は、重複となるレセプト原本全ての提出が必要となります。（レセプトは、必ず全てをまとめ、提出してください。）なお、再審査等請求内訳票は、全てのレセプトに貼付してください。

- 32 -

⑤ 『 24 』 その他

項目番号 11～25（24 を除く。）に該当がない場合に使用します。使用される場合は、理由欄に再審査等請求内容を具体的に記載してください。

⑥ 『 25 』 医療機関からの取下げ依頼による

保険医療機関等からの取下げ依頼、又は、公費実施機関からの再審査等請求（資格関係等）により支払基金から「取下げ」として返付依頼したものです。支払基金が送付した明細書返付書をレセプトに添付してください。

※ P 38 『別紙 15 明細書返付依頼書「取下げ」』

P 41 『別紙 18 レセプトへの「明細書返付書」貼付箇所』

【OCR様式の記載事項】

⑦ 保険者番号・公費実施機関番号

⑧ 理由番号

⑨ 診療年月・区分

⑩ 都道府県番号・点数表番号・医療機関コード

⑪ 記号・番号

⑫ 患者氏名

※ レセプトに記載してある患者氏名を記載してください。

⑬ 決定点数・日数

※ 入院の場合は、食事療養・標準負担額の記載をしてください。

⑭ 取下げ整理番号

※ 保険医療機関等からの「取下げ」の依頼によるものの場合、返付依頼書整理番号を記載してください。

再審査等請求内訳票（その2）診療内容・事務上 OCR用

※ 用紙が必要な場合は、所在地の支払基金支部へお問合せください。

様式第901号の2
再審査等請求内訳票（その2）診療内容・事務上

① 保険者番号又は
実務機関番号

② 整理番号

◎再請求の場合は、この内訳票を
貼付したまま提出してください。

③ 該当箇所にレ印を付し、右側のOCR付せん理由番号欄に項目番号を記入してください。

④

<input type="checkbox"/> 60 診療内容に関するもの	<input type="checkbox"/> 45 一部負担金の誤り	<input type="checkbox"/> 48 請求先変更（新設・合併等）
<input type="checkbox"/> 30 固定点数誤り	<input type="checkbox"/> 46 保険者番号欄の番号が他の 保険者分であるもの	<input type="checkbox"/> 49 調剤審査の再審査
<input type="checkbox"/> 41 必要項目の記載漏れ	<input type="checkbox"/> 47 給付対象外傷病（適用外）	<input type="checkbox"/> 50 その他
<input type="checkbox"/> 42 区分、生年、診療開始日の誤り	<input type="checkbox"/> 51 老人保健公費負担割合誤り	<input type="checkbox"/> 52 医療機関からの再審査請求による
<input type="checkbox"/> 43 実日数の誤り	<input type="checkbox"/> 44 請求点数誤り（横計・縦計）	

⑤ 傷病者

（請求理由を具体的に記入ください。）

※ 申出番号をレ点チェックしてください。
再審査等請求の理由番号については、「Ⅵ 再
審査等請求内訳票の理由番号と主な内容」。

支払基金の再審査結果が記載されます。
※ 「Ⅷ 再審査等結果通知」参照。

再審査の結果、下記のとおり決定します。				
No.	結果	査定申出 原審理由	摘要	進 捗
1	査定・原審			
2	査定・原審			
3	査定・原審			

※再審査結果について補正するときは、上欄に記載してあります。

基金 使用額	増減点	請求理由	責任	請求数	処理	診療科	請求 日
-----------	-----	------	----	-----	----	-----	---------

⑥ 保険者番号又は
実務機関番号

⑦ 整理番号

⑧ 診療
年月

⑨ 医療
機関
番号

⑩ 記号

⑪ 氏名

⑫ 決定
給付
点数

⑬ 請求
番号

文字枠内に記載

【再審査等請求内訳票（その2）診療内容・事務上の注意事項】

- ① 保険者番号・公費実施機関番号を記載してください。
- ② 整理番号は印刷済です。
- ③ 『 60 』 診療内容に関するもの
請求理由欄に具体的に記載してください。
再審査等請求レセプトに参考レセプトを添付する場合は、レセプト原本ではなく、写レセプトに「写」の表示をして添付してください。
- ④ 『 41 』 必要項目の記載もれ
診療行為等に対するコメント等の記載がもれているものです。請求理由欄に具体的に記載してください。
- ⑤ 『 52 』 医療機関からの再審査請求による
保険医療機関等からの再審査等請求により支払基金から「再審査」として返付依頼したもの、又は、公費実施機関からの再審査等請求（診療内容等・

- 34 -

突合再審査)により支払基金から「再審査」として返付依頼したものです。
支払基金が送付した明細書返付書をレセプト原本に添付してください。

※ P39『別紙16 明細書返付依頼書 再審査「一次審査・再審査」』

P40『別紙17 明細書返付依頼書 再審査「突合再審査」』

P41『別紙18 レセプトへの「明細書返付書」貼付箇所』

【OCR様式の記載事項】

⑥ 保険者番号

⑦ 理由番号

⑧ 診療年月・区分

⑨ 都道府県番号・点数表番号・医療機関コード

⑩ 記号・番号

⑪ 患者氏名

※ レセプトに記載してある患者氏名を記載してください。

⑫ 決定点数

※ 入院の場合は、食事療養・標準負担額の記載をしてください。

⑬ 取下げ整理番号

※ 保険医療機関等からの「再審査」の依頼によるものの場合、明細書返付依頼書の整理番号を記載してください。

調剤報酬請求についての審査請求内訳票 O C R用

※ 用紙が必要な場合は、所在地の支払基金支部へお問合せください。

様式第901号の3
調剤報酬請求についての審査請求内訳票

保険者番号又は
実施機関番号 ① _____

整理番号 ② _____

◎再請求の場合は、この内訳票を
貼付したまま提出してください。

(審査(再審査)請求理由を具体的に記入ください。)

③ _____

保険者番号又は
実施機関番号 ④ _____

原票種別

整理番号

⑤ 明細書
情報
診療
年月 _____ 年 _____ 月 _____ 日 区分 _____
1=本人入院 2=本人入院外 3=未就学者入院 4=未就学者入院外 5=家族入院
6=家族入院外 7=入院外 8=入院外8割 9=入院7割 9=入院外7割

⑥ 都道府県
番号 _____ 点数表
番号 _____ 医療機
関コ
ード _____ 点数表番号 1=医科 3=歯科 4=調剤

* 老人
保
険
者
番
号 _____ 保険者
番
号 _____

⑦ 記号
記号 _____ (横などOで囲まれた記号は(横)のように記入してください。 *老人保険のときのみ記入して
ください。)

番号 _____ (漢字・英・数・カナ・混在(協会・船員・共済・自衛官) 数字のみ (健保・共済)

⑧ 患者
氏
名
(姓) _____ (名) _____ (姓と名の間は1桁空け、濁点・半濁点は
1文字として記入してください。)

⑨ 決
定
点
数 _____ 一
部
負
担
金 _____ 薬
剤
負
担
金 _____

※ 医科又は歯科レセプト原本と調剤レセプト原本のペアで請求となるため、調剤報酬請求についての審査等請求内訳票は、医科又は歯科レセプトへ添付。

支払基金の再審査結果が記載されます。
※ 「Ⅷ 再審査等結果通知」参照

No.	結果	査定事由 請求(原審)理由	摘要	連絡
1	査定請求(原審)			
2	査定請求(原審)			
3	査定請求(原審)			

※審査(再審査)結果について補足するときは、上欄に記載してあります。

※上記結果欄の「請求」とは、処方又は調剤が適切・妥当と認められるものをいいます。

増減点	請求理由	責任	請求数	処理	診療科	再々
基金 使用欄						

文字枠内に記載

【調剤報酬請求についての審査請求内訳票の注意事項】

- ① 保険者番号・公費実施機関番号を記載してください。
- ② 整理番号は印刷済です。
- ③ 再審査等の申出内容を明確に具体的に記載してください。

調剤審査を請求する医科、歯科、又は、調剤レセプトに調剤審査以外の診療内容（調剤技術料や薬学管理料に関するもの）に関する再審査請求事由があるときは、「調剤報酬請求についての審査請求内訳票」にその事由を併記してください。支払基金で再審査も並行して行います。

再審査等請求レセプトに参考レセプトを添付する場合は、レセプト原本ではなく、写レセプトに「写」の表示をして添付してください。

【OCR様式の記載事項】

- ④ 保険者番号・公費実施機関番号
- ⑤ 診療年月・区分
- ⑥ 都道府県番号・点数表番号・医療機関コード
- ⑦ 記号・番号
- ⑧ 患者氏名
※ レセプトに記載してある患者氏名を記載してください。
- ⑨ 決定点数

レセプトへの「再審査等請求内訳票」貼付箇所

様式第11(11)

レセプトに続紙がある場合の
ホチキス止め位置

1	1 社・国	3 後期	1 単独	2 本外	8 海外
2	2 公費	4 通称	22 併	4 大外	10 9 8
3			33 併	6 変外	7 ()

公費負担者番号 (1)	公費負担 医療の受 診者番号 (1)	公費負担者番号 (2)	公費負担 医療の受 診者番号 (2)
-------------	--------------------	-------------	--------------------

傷病名欄が隠れないように貼付	傷病名欄が隠れないように貼付
----------------	----------------

(1) 傷病名 (2) 傷病名 (3) 傷病名	(1) 年月日 (2) 年月日 (3) 年月日
-------------------------------	-------------------------------

様式第901号の1
再審査等請求内訳票 (その1) 資格関係等

保険番号又は
実施機関番号

整理番号

ホチキス止め位置

の理由番号欄に項目番号を記入してください。

<input type="checkbox"/> 11		<input type="checkbox"/> 19	重複請求
<input type="checkbox"/> 12		<input type="checkbox"/> 20	給付対象外傷病 (業務上)
<input type="checkbox"/> 13	認定外家族	<input type="checkbox"/> 21	給付対象外傷病 (適用外)
<input type="checkbox"/> 14	該当者なし	(全てが給付対象外であるもの)	
<input type="checkbox"/> 15	保険者番号と記号の不一致	<input type="checkbox"/> 22	老人保健・国保該当
<input type="checkbox"/> 16	旧証によるもの	<input type="checkbox"/> 23	給付期間満了 (満了 年 月 日)
<input type="checkbox"/> 17	本人・家族の誤り	<input type="checkbox"/> 24	その他
<input type="checkbox"/> 18	資格喪失後の受診	<input type="checkbox"/> 25	理由 医療機関からの取下げ依頼による

〔喪失 年 月 日〕
〔証回収 年 月 日〕

(理由)

基 金
使 用
額

増減点

請求理由責任

種別	名称	単位	標準	定額	一部負担金額	円	減額率(%)	支払額	円
00	処方せん								
その他	薬剤								
保険									
の									
公費									
の									
給付									
の									
公費									
の									
給付									
の									
公費									
の									
給付									

備考 1. この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。
2. 空欄の欄、記入しないこと。

明細書返付依頼書・明細書返付書 「取下げ」

<p style="text-align: center;"><u>明細書返付依頼書</u></p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">社会保険診療報酬支払基金</p> <p>既に送付済みの下記の明細書について、医療機関等から再審査等の請求がありましたので、右の明細書返付書に該当明細書を添付のうえ送付願います。 なお、既に再審査等の請求などが行われており該当明細書の返付が困難な場合は、明細書返付書の摘要欄にその旨を記入し、明細書返付書のみ送付願います。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; text-align: center;">①</td> <td style="width: 30%;">整理番号</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td>返付理由</td> <td>取下げ</td> <td>再審査等対象種別</td> </tr> <tr> <td>診療年月</td> <td>年 月</td> <td>請求(調整)年月</td> </tr> <tr> <td>点数表</td> <td>旧総合病院診療科</td> <td>明細書区分</td> </tr> <tr> <td>医療機関コード</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>医療機関名</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>薬局コード</td> <td colspan="2">()</td> </tr> <tr> <td>薬局名</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>公費負担者番号</td> <td>受給者番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>記号・番号</td> <td>生年月日</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td>フリガナ</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>患者名</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>請求点数(金額)</td> <td>点(円)</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>食事・生活療養</td> <td>請求金額</td> <td>円</td> </tr> </table> <p style="font-size: small;">注 再審査等対象種別欄が「突合再審査」の場合は、診療報酬明細書と調剤報酬明細書を併せて送付願います。</p>	①	整理番号		返付理由	取下げ	再審査等対象種別	診療年月	年 月	請求(調整)年月	点数表	旧総合病院診療科	明細書区分	医療機関コード			医療機関名			薬局コード	()		薬局名			公費負担者番号	受給者番号		記号・番号	生年月日	年 月 日	フリガナ			患者名			請求点数(金額)	点(円)	円	食事・生活療養	請求金額	円	<p style="text-align: center;"><u>明細書返付書</u></p> <p style="text-align: center;">レセプト添付用</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">社会保険診療報酬支払基金 御中</p> <p>平成 年 月 日に依頼のあった下記の明細書について、別添のとおり送付します。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;">整理番号</td> <td style="width: 60%;"></td> </tr> <tr> <td>返付理由</td> <td>取下げ</td> <td>再審査等対象種別</td> </tr> <tr> <td>診療年月</td> <td>年 月</td> <td>請求(調整)年月</td> </tr> <tr> <td>点数表</td> <td>旧総合病院診療科</td> <td>明細書区分</td> </tr> <tr> <td>医療機関コード</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>医療機関名</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>薬局コード</td> <td colspan="2">()</td> </tr> <tr> <td>薬局名</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>公費負担者番号</td> <td>受給者番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>記号・番号</td> <td>生年月日</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td>フリガナ</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>患者名</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>請求点数(金額)</td> <td>点(円)</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>食事・生活療養</td> <td>請求金額</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>②</td> <td colspan="2">摘要</td> </tr> </table> <p style="font-size: small;">1 年 月再審査依頼済(整理番号) (資格、診療内容・事務上、突合可審査) 2 該当者がいない。 3 該当者はいるが、該当明細書抽出不能のため写による処理を了承する。 4 該当者はいるが、該当明細書が見当たらない。(明細書返付依頼書の記載(診療年月等)誤りの疑い) 5 その他()</p>		整理番号		返付理由	取下げ	再審査等対象種別	診療年月	年 月	請求(調整)年月	点数表	旧総合病院診療科	明細書区分	医療機関コード			医療機関名			薬局コード	()		薬局名			公費負担者番号	受給者番号		記号・番号	生年月日	年 月 日	フリガナ			患者名			請求点数(金額)	点(円)	円	食事・生活療養	請求金額	円	②	摘要	
①	整理番号																																																																																							
返付理由	取下げ	再審査等対象種別																																																																																						
診療年月	年 月	請求(調整)年月																																																																																						
点数表	旧総合病院診療科	明細書区分																																																																																						
医療機関コード																																																																																								
医療機関名																																																																																								
薬局コード	()																																																																																							
薬局名																																																																																								
公費負担者番号	受給者番号																																																																																							
記号・番号	生年月日	年 月 日																																																																																						
フリガナ																																																																																								
患者名																																																																																								
請求点数(金額)	点(円)	円																																																																																						
食事・生活療養	請求金額	円																																																																																						
	整理番号																																																																																							
返付理由	取下げ	再審査等対象種別																																																																																						
診療年月	年 月	請求(調整)年月																																																																																						
点数表	旧総合病院診療科	明細書区分																																																																																						
医療機関コード																																																																																								
医療機関名																																																																																								
薬局コード	()																																																																																							
薬局名																																																																																								
公費負担者番号	受給者番号																																																																																							
記号・番号	生年月日	年 月 日																																																																																						
フリガナ																																																																																								
患者名																																																																																								
請求点数(金額)	点(円)	円																																																																																						
食事・生活療養	請求金額	円																																																																																						
②	摘要																																																																																							

【注意事項】

① 返付理由 取下げ

保険医療機関等からの取下げ依頼、又は、公費実施機関からの再審査等請求(資格関係等)により支払基金から「取下げ」として返付依頼したものです。支払基金が送付した明細書返付書をレセプト原本に添付して提出してください。

※ P41『別紙 18 レセプトへの「明細書返付書」貼付箇所』

② 摘要欄の使用について

支払基金へ再審査依頼中等の理由によりレセプトの提出ができない場合は、必ずその理由を記載して支払基金へ明細書返付書を返付してください。理由の記載がない場合は、明細書返付書を返却する場合があります。

明細書返付依頼書・明細書返付書 再審査「一次審査」・「再審査」

<p style="text-align: center;">明細書返付依頼書</p> <p style="text-align: center;">控え</p> <p style="text-align: right;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">社会保険診療報酬支払基金</p> <p>既に送付済みの下記の明細書について、医療機関等から再審査等の請求がありましたので、右の明細書返付書に該当明細書を添付のうえ送付願います。 なお、既に再審査等の請求などが行われており該当明細書の返付が困難な場合は、明細書返付書の摘要欄にその旨を記入し、明細書返付書のみ送付願います。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; text-align: center;">①</td> <td style="width: 30%;">整理番号</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td>返付理由</td> <td>再審査</td> <td>再審査等対象種別 一次審査</td> </tr> <tr> <td>診療年月</td> <td>年 月</td> <td>請求(調整)年月 年 月</td> </tr> <tr> <td>点数表</td> <td>旧総合病院診療科</td> <td>明細書区分</td> </tr> <tr> <td>医療機関コード</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>医療機関名</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>薬局コード</td> <td colspan="2">()</td> </tr> <tr> <td>薬局名</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>公費負担者番号</td> <td>受給者番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>記号・番号</td> <td>生年月日</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td>患者名</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>請求点数(金額)</td> <td>点(円)</td> <td>薬剤一部負担金 円 一部負担金 円</td> </tr> <tr> <td>食事・生活療養</td> <td>請求金額 円</td> <td>標準負担額 円</td> </tr> </table> <p style="font-size: small;">注 再審査等対象種別欄が「突合再審査」の場合は、診療報酬明細書と調剤報酬明細書を併せて送付願います。</p>	①	整理番号		返付理由	再審査	再審査等対象種別 一次審査	診療年月	年 月	請求(調整)年月 年 月	点数表	旧総合病院診療科	明細書区分	医療機関コード			医療機関名			薬局コード	()		薬局名			公費負担者番号	受給者番号		記号・番号	生年月日	年 月 日	患者名			請求点数(金額)	点(円)	薬剤一部負担金 円 一部負担金 円	食事・生活療養	請求金額 円	標準負担額 円	<p style="text-align: center;">明細書返付書</p> <p style="text-align: center;">レセプト添付用</p> <p style="text-align: right;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">社会保険診療報酬支払基金 御中</p> <p>平成 年 月 日に依頼のあった下記の明細書について、別添のとおり送付します。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">返付理由</td> <td style="width: 30%; text-align: center;">再審査</td> <td style="width: 10%;">整理番号</td> <td style="width: 40%;"></td> </tr> <tr> <td>診療年月</td> <td>年 月</td> <td>再審査等対象種別</td> <td>一次審査</td> </tr> <tr> <td>請求(調整)年月</td> <td>年 月</td> <td>再審査等対象種別</td> <td></td> </tr> <tr> <td>点数表</td> <td>旧総合病院診療科</td> <td>明細書区分</td> <td></td> </tr> <tr> <td>医療機関コード</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>医療機関名</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>薬局コード</td> <td colspan="3">()</td> </tr> <tr> <td>薬局名</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>公費負担者番号</td> <td>受給者番号</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>記号・番号</td> <td>生年月日</td> <td colspan="2">年 月 日</td> </tr> <tr> <td>フリガナ</td> <td colspan="3">患者名</td> </tr> <tr> <td>請求点数(金額)</td> <td>点(円)</td> <td>薬剤一部負担金 円</td> <td>一部負担金 円</td> </tr> <tr> <td>食事・生活療養</td> <td>請求金額 円</td> <td>標準負担額 円</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">②</td> <td colspan="3">摘要</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="3"> 1 年 月再審査依頼済(整理番号) (資格、診療内容・事務上、突合再審査) 2 該当者がいない。 3 該当者がいるが、該当明細書抽出不能のため写による処理を了承する。 4 該当者がいるが、該当明細書が見当たらない。(明細書返付依頼書の記載(診療年月等)誤りの疑い) 5 その他() </td> </tr> </table>	返付理由	再審査	整理番号		診療年月	年 月	再審査等対象種別	一次審査	請求(調整)年月	年 月	再審査等対象種別		点数表	旧総合病院診療科	明細書区分		医療機関コード				医療機関名				薬局コード	()			薬局名				公費負担者番号	受給者番号			記号・番号	生年月日	年 月 日		フリガナ	患者名			請求点数(金額)	点(円)	薬剤一部負担金 円	一部負担金 円	食事・生活療養	請求金額 円	標準負担額 円		②	摘要				1 年 月再審査依頼済(整理番号) (資格、診療内容・事務上、突合再審査) 2 該当者がいない。 3 該当者がいるが、該当明細書抽出不能のため写による処理を了承する。 4 該当者がいるが、該当明細書が見当たらない。(明細書返付依頼書の記載(診療年月等)誤りの疑い) 5 その他()		
①	整理番号																																																																																																			
返付理由	再審査	再審査等対象種別 一次審査																																																																																																		
診療年月	年 月	請求(調整)年月 年 月																																																																																																		
点数表	旧総合病院診療科	明細書区分																																																																																																		
医療機関コード																																																																																																				
医療機関名																																																																																																				
薬局コード	()																																																																																																			
薬局名																																																																																																				
公費負担者番号	受給者番号																																																																																																			
記号・番号	生年月日	年 月 日																																																																																																		
患者名																																																																																																				
請求点数(金額)	点(円)	薬剤一部負担金 円 一部負担金 円																																																																																																		
食事・生活療養	請求金額 円	標準負担額 円																																																																																																		
返付理由	再審査	整理番号																																																																																																		
診療年月	年 月	再審査等対象種別	一次審査																																																																																																	
請求(調整)年月	年 月	再審査等対象種別																																																																																																		
点数表	旧総合病院診療科	明細書区分																																																																																																		
医療機関コード																																																																																																				
医療機関名																																																																																																				
薬局コード	()																																																																																																			
薬局名																																																																																																				
公費負担者番号	受給者番号																																																																																																			
記号・番号	生年月日	年 月 日																																																																																																		
フリガナ	患者名																																																																																																			
請求点数(金額)	点(円)	薬剤一部負担金 円	一部負担金 円																																																																																																	
食事・生活療養	請求金額 円	標準負担額 円																																																																																																		
②	摘要																																																																																																			
	1 年 月再審査依頼済(整理番号) (資格、診療内容・事務上、突合再審査) 2 該当者がいない。 3 該当者がいるが、該当明細書抽出不能のため写による処理を了承する。 4 該当者がいるが、該当明細書が見当たらない。(明細書返付依頼書の記載(診療年月等)誤りの疑い) 5 その他()																																																																																																			

【注意事項】

① 返付理由 再審査

保険医療機関等からの再審査等請求、又は、公費実施機関からの再審査等請求(診療内容等)により支払基金から「再審査」として返付依頼したものです。支払基金が送付した明細書返付書をレセプト原本に添付して提出してください。

※ P41『別紙 18 レセプトへの「明細書返付書」貼付箇所』

② 摘要欄の使用について

支払基金へ再審査依頼中等の理由によりレセプトの提出ができない場合は、必ずその理由を記載して支払基金へ明細書返付書を返付してください。理由の記載がない場合は、明細書返付書を返却する場合があります。

明細書返付依頼書・明細書返付書 再審査「突合再審査」

<p>控え</p> <p style="text-align: center;">明細書返付依頼書</p> <p style="text-align: right;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">社会保険診療報酬支払基金</p> <p>既に送付済みの下記の明細書について、医療機関等から再審査等の請求がありましたので、右の明細書返付書に該当明細書を添付のうえ送付願います。 なお、既に再審査等の請求などが行われており該当明細書の返付が困難な場合は、明細書返付書の摘要欄にその旨を記入し、明細書返付書のみ送付願います。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; text-align: center;">①</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">整理番号</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">②</td> <td style="width: 40%;"></td> </tr> <tr> <td>返付理由</td> <td>再審査</td> <td>再審査等対象種別</td> <td>突合再審査</td> </tr> <tr> <td>診療年月</td> <td>年 月</td> <td>請求(調整)年月</td> <td>年 月</td> </tr> <tr> <td>点数表</td> <td>旧総合診療科</td> <td>明細書区分</td> <td></td> </tr> <tr> <td>医療機関コード</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>医療機関名</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">②※</td> </tr> <tr> <td>薬局コード</td> <td colspan="3">()</td> </tr> <tr> <td>薬局名</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>公費負担者番号</td> <td>受給者番号</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>記号・番号 フリガナ</td> <td>生年月日</td> <td>年 月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>患者名</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>請求点数(金額)</td> <td>点(円)</td> <td>薬剤一部負担金</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>食事・生活療養</td> <td>請求金額</td> <td>円</td> <td>標準負担額</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>円</td> <td>円</td> </tr> </table> <p style="font-size: small;">注 再審査等対象種別欄が「突合再審査」の場合は、診療報酬明細書と調剤報酬明細書を併せて送付願います。</p>	①	整理番号	②		返付理由	再審査	再審査等対象種別	突合再審査	診療年月	年 月	請求(調整)年月	年 月	点数表	旧総合診療科	明細書区分		医療機関コード				医療機関名	②※			薬局コード	()			薬局名				公費負担者番号	受給者番号			記号・番号 フリガナ	生年月日	年 月 日		患者名				請求点数(金額)	点(円)	薬剤一部負担金	円	食事・生活療養	請求金額	円	標準負担額			円	円	<p>レセプト添付用</p> <p style="text-align: center;">明細書返付書</p> <p style="text-align: right;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">社会保険診療報酬支払基金 御中</p> <p>平成 年 月 日に依頼のあった下記の明細書について、別添のとおり送付します。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%; text-align: center;">再審査</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">整理番号</td> <td style="width: 40%;"></td> </tr> <tr> <td>返付理由</td> <td>再審査</td> <td>再審査等対象種別</td> <td>突合再審査</td> </tr> <tr> <td>診療年月</td> <td>年 月</td> <td>請求(調整)年月</td> <td>年 月</td> </tr> <tr> <td>点数表</td> <td>旧総合診療科</td> <td>明細書区分</td> <td></td> </tr> <tr> <td>医療機関コード</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>医療機関名</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>薬局コード</td> <td colspan="3">()</td> </tr> <tr> <td>薬局名</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>公費負担者番号</td> <td>受給者番号</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>記号・番号 フリガナ</td> <td>生年月日</td> <td>年 月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>患者名</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>請求点数(金額)</td> <td>点(円)</td> <td>薬剤一部負担金</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>食事・生活療養</td> <td>請求金額</td> <td>円</td> <td>標準負担額</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>円</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">③</td> <td colspan="3">摘要</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="3"> 1 年 月再審査依頼済(整理番号) (資格、診療内容・薬歴上、突合再審査) 2 該当者がいない。 3 該当者がいるが、該当明細書抽出不能のため与による処理を了承する。 4 該当者がいるが、該当明細書が見当たらない。(明細書返付依頼書の記載(診療年月等)誤りの疑い) 5 その他() </td> </tr> </table>		再審査	整理番号		返付理由	再審査	再審査等対象種別	突合再審査	診療年月	年 月	請求(調整)年月	年 月	点数表	旧総合診療科	明細書区分		医療機関コード				医療機関名				薬局コード	()			薬局名				公費負担者番号	受給者番号			記号・番号 フリガナ	生年月日	年 月 日		患者名				請求点数(金額)	点(円)	薬剤一部負担金	円	食事・生活療養	請求金額	円	標準負担額			円	円	③	摘要				1 年 月再審査依頼済(整理番号) (資格、診療内容・薬歴上、突合再審査) 2 該当者がいない。 3 該当者がいるが、該当明細書抽出不能のため与による処理を了承する。 4 該当者がいるが、該当明細書が見当たらない。(明細書返付依頼書の記載(診療年月等)誤りの疑い) 5 その他()		
①	整理番号	②																																																																																																																							
返付理由	再審査	再審査等対象種別	突合再審査																																																																																																																						
診療年月	年 月	請求(調整)年月	年 月																																																																																																																						
点数表	旧総合診療科	明細書区分																																																																																																																							
医療機関コード																																																																																																																									
医療機関名	②※																																																																																																																								
薬局コード	()																																																																																																																								
薬局名																																																																																																																									
公費負担者番号	受給者番号																																																																																																																								
記号・番号 フリガナ	生年月日	年 月 日																																																																																																																							
患者名																																																																																																																									
請求点数(金額)	点(円)	薬剤一部負担金	円																																																																																																																						
食事・生活療養	請求金額	円	標準負担額																																																																																																																						
		円	円																																																																																																																						
	再審査	整理番号																																																																																																																							
返付理由	再審査	再審査等対象種別	突合再審査																																																																																																																						
診療年月	年 月	請求(調整)年月	年 月																																																																																																																						
点数表	旧総合診療科	明細書区分																																																																																																																							
医療機関コード																																																																																																																									
医療機関名																																																																																																																									
薬局コード	()																																																																																																																								
薬局名																																																																																																																									
公費負担者番号	受給者番号																																																																																																																								
記号・番号 フリガナ	生年月日	年 月 日																																																																																																																							
患者名																																																																																																																									
請求点数(金額)	点(円)	薬剤一部負担金	円																																																																																																																						
食事・生活療養	請求金額	円	標準負担額																																																																																																																						
		円	円																																																																																																																						
③	摘要																																																																																																																								
	1 年 月再審査依頼済(整理番号) (資格、診療内容・薬歴上、突合再審査) 2 該当者がいない。 3 該当者がいるが、該当明細書抽出不能のため与による処理を了承する。 4 該当者がいるが、該当明細書が見当たらない。(明細書返付依頼書の記載(診療年月等)誤りの疑い) 5 その他()																																																																																																																								

【注意事項】

① 返付理由 再審査

保険医療機関等からの再審査等請求、又は、公費実施機関からの再審査等請求(突合再審査)により支払基金から「再審査」として返付依頼したものです。支払基金が送付した明細書返付書をレセプト原本に添付して提出してください。

※ P41『別紙 18 レセプトへの「明細書返付書」貼付箇所』

② 再審査等対象種別 突合再審査

突合再審査の場合は、医科又は歯科レセプト原本と調剤レセプト原本のペアで提出となります。

なお、ペアとなる調剤レセプトは、②※欄の医療機関分であるか確認願います。

③ 摘要欄の使用について

支払基金へ再審査依頼中等の理由によりレセプトの提出ができない場合は、必ずその理由を記載して支払基金へ明細書返付書を返付してください。理由の記載がない場合は、明細書返付書を返却する場合があります。

レセプトへの「明細書返付書」貼付箇所

明細書返付書

平成 年 月 日

クリップ又はホチキス止め位置

社会保険診療報酬支払基金 印中

様式第11(11)

1 国	2 後期	3 1 単編	4 2 本外	5 3 海外
6 4 通帳	7 3 3 併	8 4 大外	9 5 海外	10 6 海外
		11 10 9 8		12 7 ()

平成 年 月 日 に依頼のあった下記の明細書について、別添のとおり送付します。

返付理由	取下げ	再審査等対象種別	一次審査
診療年月	年 月	請求(調整)年月	年 月
点数表	旧総合病院診療科	明細書区分	
医療機関コード			
医療機関名			
薬局コード	()		
薬局名			
公費負担者番号	受給者番号		
記号・番号	生年月日	年 月 日	
フリガナ 患者名			
請求点数(金額)	点(円)	薬剤一部負担金 円	一部負担金 円
食事・生活療養	請求金額 円	標準負担額	円
摘要	1 年 月再審査依頼済(整理番号) (資格、診療内容・事務上、突合再審査) 2 該当者がいない。 3 該当者はいるが、該当明細書抽出不能のため写による処理を了承する。 4 該当者はいるが、該当明細書が見当たらない。(明細書返付依頼書の記載(診療年月等)誤りの疑い) 5 その他 ()		

◎再請求の場合は、この内訳票を貼付したまま提出してください。

ください。

表
 除外傷病(業務上)
 除外傷病(適用外)
 給付対象外であるもの
 継続・国保該当
 期間満了 (満了 年 月 日)

欄番号の取下げ依頼に記載

使用欄

国	後期	1 単編	2 本外	3 海外
4 通帳	5 3 3 併	6 4 大外	7 5 海外	8 6 海外
		9 10 9 8		11 7 ()

備考 1. この図紙は、日本工業規格A4用4番とする。 2. 空白の欄、記入しないこと。

再審査等請求書（資格関係等） O C R 用

※ 用紙が必要な場合は、所在地の支払基金支部へお問合せください。

作成した日付を記載		平成 年 月 日
再審査等請求書（資格関係等）		
（ 自県分 ・ 他府県分 ）		
社会保険診療報酬支払基金	支部	御中
保険者（実施機関）番号		を記載
保険者（実施機関）名		を記載
さきに請求のあった診療報酬について、下記のとおり再審査願います。		
記		
区 分	明 細 書 件 数	
本 人	件	
家 族		
高 齢 者		
合 計		

A 4 (297×210)

作成要領

- 1 再審査等請求内訳票（その1）に係るものについて、自県、他府県別に作成（自・他府県別を○表示）する。
- 2 再審査等を請求するレセプトの最上部に添付し、基金支部に提出する。

再審査等請求書（診療内容・事務上） O C R用

※ 用紙が必要な場合は、所在地の支払基金支部へお問合せください。

作成した日付を記載		平成 年 月 日
<u>再審査等請求書（診療内容・事務上）</u>		
（ 自県分 ・ 他府県分 ）		
社会保険診療報酬支払基金 _____ 支部 御中	保険者（実施機関）番号を記載	
	保険者（実施機関）番号 _____	
	保険者（実施機関）名 _____	
さきに請求のあった診療報酬について、下記のとおり再審査願います。		
記		
区 分		明 細 書 件 数
本 人		件
家 族		
高 齢 者		
合 計		

A 4 (297×210)

作成要領

- 再審査等請求内訳票（その2）に係るものについて、自県、他府県別に作成（自・他府県別を○表示）する。
- 再審査等を請求するレセプトの最上部に添付し、基金支部に提出する。

調剤報酬請求についての審査請求書 O C R用

※ 用紙が必要な場合は、所在地の支払基金支部へお問合せください。

作成した日付を記載 平成 年 月 日

調剤報酬請求についての審査請求書

(自県分 ・ 他府県分)

社会保険診療報酬支払基金 _____ 支部 御中

保険者 (実施機関) 番号を記載

保険者 (実施機関) 番号 _____

保険者 (実施機関) 名 _____

下記のものについて審査願います。

記

保険者 (実施機関) 名を記載

区 分	明 細 書 件 数
本 人	件
家 族	<p>(1) 「調剤報酬請求についての審査請求内訳票」を貼付したレセプトの保険医療機関の所在する都道府県によって、自県分、他府県分を区別</p> <p>(2) 医科又は歯科レセプトと調剤レセプト双方の審査結果に異議があり、保険医療機関と保険薬局の所在する都道府県が異なる場合は、保険医療機関の所在する都道府県により、自県分、他府県分を区別</p> <p>(3) 再審査等請求書の件数欄の記入は、医科又は歯科レセプトと調剤レセプトをペアで1件として記入</p>
高 齢 者	
合 計	

A 4 (297×210)

作成要領

- 1 調剤報酬請求についての審査請求内訳票に係るものについて、自県、他府県別に作成 (自・他府県別を○表示) する。
- 2 レセプトA・Bセットで1件として数える。
- 3 調剤審査を請求するレセプトの最上部に添付し、基金支部に提出する。

再審査等請求書の編綴方法

再審査等請求書（自県分、他府県分別に資格関係等、診療内容・事務上、調剤報酬）は、区分ごとに再審査等請求書の添付が必要です。

下図は、自県分・資格関係等の編綴例です。他の区分についても同様に編綴してください。

平成 年 月 日

再審査等請求書（資格関係等）
（自県分・他府県分）

クリップ等止め位置

保険者（実施機関）名 _____

さきに請求のあった診療報酬について、下記のとおり再審査願います。

記

区 分	明 細 書 件 数
本 人	件
家 族	
高 齢 者	
合 計	

再審査等請求書は上部に添付
※ 詳しい記載方法は、P 42～44。

- 再審査等請求内訳票（その1）に係るものについて、自県、他府県別に作成（自・他府県別を○表示）する。
- 再審査等を請求するレセプトの最上部に添付し、基金支部に提出する。

自県分 資格関係 本人

自県分 資格関係 家族（六歳）
家族

自県分 資格関係 高齢者（7割）
高齢者（一般）

V 公費実施機関からの連名簿による再審査等請求

1 連名簿による再審査等請求の取扱い

連名簿による再審査等請求とは、医療保険と公費負担医療の併用レセプト（2以上の公費負担医療に係る併用レセプトの従たる公費実施機関のレセプトを含みます。）に係る公費実施機関からの再審査等請求となります。

このため、公費実施機関による再審査等請求は、公費単独医療のレセプトによるものと、併用レセプトに係る連名簿によるものがありますが、いずれの場合であっても、請求形態及び必要な書類の作成手続は前述の「Ⅲ 電子媒体による再審査等請求」及び「Ⅳ OCR様式による再審査等請求」と差異はありません。

なお、連名簿による再審査等請求は、その受取り形態（紙媒体又はCSV形式データ）により、申出方法が異なります。

2 連名簿受取り形態別の申出方法

(1) 「紙媒体」にて連名簿を受取る公費実施機関

ア 連名簿のコピーに再審査等を請求する該当受給者に、赤でアンダーライン等の表示をしてください。

イ 再審査等請求内訳票の貼付は、前アの連名簿コピーの用紙左上隅にホチキス止めしてください。

※ 連名簿1ページ中に複数の再審査等請求対象があるときは、それぞれ連名簿コピーを作成し、再審査等請求内訳票を貼付してください。

(2) 「オンライン」又は「電子媒体」にて連名簿（CSV形式）を受取る公費実施機関

ア 公費実施機関で作成した帳票による場合

(ア) 該当受給者の資格情報等を記載した帳票を連名簿の代用として使用願います。この場合の帳票については、被用者保険の保険者に当該レセプトの返付依頼を行う上で必要な情報（別紙23）を記載願います。

なお、連名簿（CSV形式）データを貼り付けることにより、連名簿（簡易版）を出力できるツールを社会保険診療報酬支払基金ホームページ（<http://www.ssk.or.jp/>）に用意していますので、必要に応じ活用願います。

※ P51『別紙23 公費実施機関で作成する帳票に記載する項目』

P53『別紙24 支払基金ツール出力による連名簿イメージ』

(イ) 前(ア)により作成した帳票に再審査等請求内訳票を用紙左上隅にホチキス止めにて貼付してください。

イ 紙レセプト（写）による場合

(ア) 「電子レセプト（CSV情報）」から紙レセプト（写）の再現が可能

な場合、又は、レセプト電子データ提供の画像データを申し込まれており紙レセプト（写）の出力が可能な場合は、再現した紙レセプト（写）を連名簿の代用として使用願います。

(イ) 前(ア)により再現した紙レセプト（写）に再審査等請求内訳票を貼付してください。

※ P19『別紙 4 レセプトへの「再審査等請求内訳票」貼付箇所』

支払基金からのお願い

連名簿による再審査等請求については、帳票に記載された内容を基に被用者保険の保険者にレセプトの返付依頼を行うため、連名簿データに公費受給者氏名、生年月日、被用者保険の記号・番号、他公費実施機関の受給者番号等の記載がない場合についても、可能な限り受給者番号等より特定の上、記載願います。

また、その他の記載事項（別紙 23 の項目）についても、もれのないようご注意願います。

3 再審査等請求書及び編綴

レセプトは、自県分（保険者等と保険医療機関等が同一の都道府県）・他府県分（保険者等と保険医療機関等が異なる都道府県）別に編綴してください。

なお、連名簿による請求と公費単独医療を併せて請求される場合は、各区分の上部に連名簿による請求をまとめていただくようお願いします。

※ P54『別紙 25 再審査等請求書の編綴方法』

公費実施機関で作成する帳票に記載する項目

記載事項		連名簿（CSV形式）記録条件仕様	
		項番	項目名
患者情報	患者氏名（漢字）	43	氏名
	生年月日	33	元号
		34	生年
		35	生月日
医療機関情報	医療機関所在都道府県	7	請求者 都道府県番号
	医療機関点数表	8	請求者 点数表
	医療機関コード	9	請求者 医療機関コード
公費負担医療情報	公費実施機関番号	3	実施機関番号 法別番号
		4	実施機関番号 都道府県番号
		5	実施機関番号 実施機関別番号
	公費受給者番号	6	受給者番号
	公費決定点数	23	決定点数（食事・生活基準額）
	（公費食事・生活基準額）	23	（決定点数（食事・生活基準額））
（公費食事・生活標準負担額）	26	（一部負担金（食事・生活標準負担額））	
医療保険情報 （他公費実施機関情報）	医療保険者 保険者番号 （他公費実施機関番号）	10 (36)	保険者番号 管掌番号 （他公費実施機関番号 法別番号）
		11 (37)	保険者番号 都道府県番号 （他公費実施機関番号 都道府県番号）
		12 (38)	保険者番号 保険者別番号 （他公費実施機関番号 公費実施機関別番号）
	医療保険の記号・番号 （他公費の受給者番号）	44	被保険者証の記号
		45 (39)	被保険者証の番号 （他公費受給者番号）
	医療保険の決定点数 （他公費の決定点数）	46 (40)	医保決定点数 （他公費決定点数）

記載事項		連名簿（CSV形式）記録条件仕様	
		項番	項目名
レセプト 情報	連名簿の診療年月 （連名簿（CSV形式）の ファイル名の診療年月）	28	基準診療年
		29	基準診療月
	レセプトの診療年月	19	診療年
		20	診療月
	レセプトの区分 （本人・家族等）	13	入外コード

※ 項番の括弧書は、2以上の公費負担医療に係る項番です。

支払基金ツール出力による連名簿イメージ

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">3</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">4</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">法別</td> <td style="text-align: center;">府県</td> <td style="text-align: center;">実施機関</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">99</td> <td style="text-align: center;">13</td> <td style="text-align: center;">9990</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">御中</td> </tr> </table>	3	4	5	法別	府県	実施機関	99	13	9990	御中			<p>連名簿</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">28</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">29</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">平成 29 年 12 月 分</td> </tr> </table> <p style="text-align: right;">社会保険診療報酬支払基金 13 支部</p>	28	29	4	平成 29 年 12 月 分		
3	4	5																	
法別	府県	実施機関																	
99	13	9990																	
御中																			
28	29	4																	
平成 29 年 12 月 分																			

受給者番号	入・外	特記	摘要	日数	決定点数	一部負担金	決定金額	請求者			保険者			診療年月	
								府県	点	医療機関コード	管掌	府県	保険者		
34	3	0	0	4	11396	0	22792	13	1	9999913	6	13	2013	29	12
6	13	16	17	22	23	26	24	7	8	9	10	11	12	19	20

元号	生年	生月日	氏名	被保険者の記号	被保険者の番号	医保決定点数	備考
4	19	1128	基金 二郎	33	444	11396	

	22	23	26	24
(入院の場合)	食事回数	食事・生活基準額	食事・生活患者負担額	食事・生活支給額
	10	6600	2600	2600

※ CSV形式の2行目のデータとなります。

※ 赤枠の番号が連名簿(CSV形式)の対象項番となります。

※ 公費実施機関で作成いただく場合についても、同様の情報を記載願います。

連名簿への「再審査等請求内訳票」貼付箇所

様式第901号の1
再審査等請求内訳票 (その1) 資格関係等

医療者番号又は
医療機関番号

整理番号

※再審査等請求の場合は、この内訳票を貼付したまま提出してください。

該当箇所(シレ印)を付し、右側のOCR付せん(理由番号欄)に項目番号を記入してください。

<ul style="list-style-type: none"> 12 記号 13 請求 14 該当 15 理由 16 本人 17 本人 18 資格喪失後の受診 	<p>重複請求 給付対象外(業務上) 給付対象外(適用外) (全てが給付対象外であるもの) 本人保険・国保該当 給付期間満了 (満了 年 月 日) その他 理由 医療機関形式の取手付添付票</p>
---	--

ホチキス止め位置

(理由)

基金 金額 増減示 請求提出枚数

社会保険診療報酬支払基金 13 支部

開コード	保険者			診療年月	
	管掌	府県	保険者	年	月
99913	6	13	2013	29	12

医保決定点数	備考
11396	

	食事回数	食事・生活基準額	食事・生活患者負担額	食事・生活支給額
(入院の場合)	10	6600	2600	2600

※ 再審査等内訳票については、申出番号をレ点チェックの上、申出理由又は申出内容を記載し、連名簿左上へ貼付願います。

なお、記載方法については、「Ⅲ 電子媒体による再審査等請求」及び「Ⅳ OCR様式による再審査等請求」を参照願います。

再審査等請求書の編綴方法

【電子媒体による編綴順序（上から）】

再審査等請求書（電子媒体）

自 県 分	資格関係	本人（連名簿）
	〃	本人（レセプト）
	〃	家族（連名簿）
	〃	高齢者（連名簿）

他 県 分	資格関係	本人（連名簿）
	〃	本人（レセプト）
	〃	家族（連名簿）
	〃	高齢者（連名簿）

自 県 分	診療内容・事務上	本人（連名簿）
	〃	本人（レセプト）
	〃	家族（連名簿）
	〃	高齢者（連名簿）

他 県 分	診療内容・事務上	本人（連名簿）
	〃	本人（レセプト）
	〃	家族（連名簿）
	〃	高齢者（連名簿）

自 県 分	突合再審査	本人（連名簿）
	〃	本人（レセプト）
	〃	家族（連名簿）
	〃	高齢者（連名簿）

他 県 分	突合再審査	本人（連名簿）
	〃	本人（レセプト）
	〃	家族（連名簿）
	〃	高齢者（連名簿）

【OCRによる編綴順序（上から）】

再審査等請求書（資格関係）	
自県分	
	本人（連名簿）
	本人（レセプト）
	家族（連名簿）
	高齢者（連名簿）

再審査等請求書（資格関係）	
他県分	
	本人（連名簿）
	本人（レセプト）
	家族（連名簿）
	高齢者（連名簿）

※ 診療内容・事務上及び突合再審査についても同様に編綴願います。

VI 再審査等請求内訳票の 理由番号と主な内容

1 再審査等請求内訳票の理由番号と主な内容

	理由番号	主な内容
11	記号・番号の誤り	レセプト内容から当保険者の被保険者又は被扶養者であると思われるが、記号、番号（公費負担医療の場合は、受給者番号）が誤って請求されているもの
12	患者名の誤り	レセプト内容から当保険者の被保険者又は被扶養者であると思われるが、患者氏名欄（患者氏名、性別又は生年月日）が誤って請求されているもの
13	認定外家族	過去に被扶養者として認定していたが、当該レセプトの診療時には認定していない者について請求されているもの ※ 保険証を被扶養者用（個人カード等）に発行している場合は、証回収年月日等を理由欄に記載願います。なお、証回収以前等の受診の場合は、保険医療機関等へ了解を得た旨併せて記載願います。
14	該当者なし	レセプト内容に該当する被保険者又は被扶養者が、過去も含め当該保険者には存在しないもの
15	保険者番号と記号の不一致	記号の構成が当該保険者のものと異なるもの
16	旧証によるもの	旧保険証によって請求されているもの
17	本人・家族の誤り	本人・家族等の種別が誤って請求されているもの
18	資格喪失後の受診	1. 資格喪失のため、保険証を回収した後に保険医療機関等が確認を怠ったことにより請求されたもの 2. 資格喪失のため、保険証を回収する前に保険医療機関等に受診し請求されたもの（ <u>保険医療機関等の了解が必要</u> ）

	理由番号	主な内容
19	<p style="text-align: center;">重複請求</p> <p>※ レセプトは、必ず全てをまとめ、提出してください。</p>	<p>1. 同一被保険者又は被扶養者の同一診療年月の外来レセプトが、同一保険医療機関等から2枚以上請求されたもの（歯科の未来院請求レセプトを除く。）</p> <p>2. 同一被保険者又は被扶養者の同一診療年月の入院レセプトが、同一保険医療機関等から2枚以上請求されたもの</p>
20	給付対象外傷病（業務上）	傷病名が業務上（労災等の給付対象外）で保険請求されているもの
21	給付対象外傷病（適用外）	全ての傷病名が給付対象外で保険請求されているもの
22	老人保健・国保該当	後期高齢者又は国民健康保険該当者分が被用者保険で請求されているもの
23	給付期間満了	任意継続被保険者、日雇特例被保険者及び公費負担医療等で予め給付期間が定められている場合、給付期間満了後に保険請求されたもの
24	その他	<p>1. レセプト内容から特例退職被保険者であると思われるなど、保険者番号が誤って記録されているもの</p> <p>2. 医療保険との併用で請求すべきところを、公費単独で請求されているもの</p> <p>3. 設定されている理由以外に、資格関係等の誤りで保険医療機関等に返戻する必要があるもの</p>
25	<p>医療機関からの取下げ依頼による</p> <p>※ 支払基金から送付した明細書返付書を添付してください。</p>	<p>1. 保険医療機関等からの取下げ依頼により、支払基金から「取下げ」として返付依頼されているもの</p> <p>2. 公費実施機関からの再審査等請求（資格関係等）により、支払基金から「取下げ」として返付依頼されているもの</p>

	理由番号	主な内容
60	診療内容に関するもの	診療内容に関するもの ※ 内容は具体的に記載してください。
30	固定点数誤り	厚生労働省告示・通知（点数表）に定められている点数と異なった点数で請求されているもの
41	必要事項の記載もれ	診療行為等に対するコメント等の記載がもれているもの
42	区分、生年、診療開始日の誤り	1. 診療行為等から区分（入院している病棟の種類）が誤って請求されているもの 2. 診療行為等から診療開始日が誤って請求されているもの
43	実日数の誤り	診療行為等から診療実日数が誤って請求されているもの
44	請求点数誤り	横計、縦計又は他法負担額の計算が誤って請求されているもの
45	一部負担金の誤り	診療開始日及び入院日等から一部負担金が誤って請求されているもの
46	保険者番号欄の番号が他の保険者分であるもの	他の保険者のレセプトが誤って請求されているもの
47	給付対象外傷病（適用外）	一部の傷病名が給付対象外で、当傷病名に係る診療行為等が保険請求されているもの
49	調剤審査の再審査	※ 「調剤報酬請求についての審査請求内訳票（様式第 901 号の 3）」にて申出願います。

理由番号		内容
50	その他	設定されている理由以外の事務上に係る請求によるもの
51	老人保健公費負担割合誤り	※ 現在、使用していません。
52	医療機関からの再審査請求による ※ 支払基金から送付した明細書返付書を添付してください。	1. 保険医療機関等からの再審査等請求により、支払基金から「再審査」として返付依頼がされているもの 2. 公費実施機関からの再審査等請求（再審査）により、支払基金から「再審査」として返付依頼がされているもの
	調剤報酬請求についての審査（突合再審査） ※ 調剤報酬請求についての審査内訳票（様式第 901 の 3）を添付してください。	保険医療機関のレセプトと当該処方せんに係る保険薬局のレセプトを突合した結果、不適切な投薬が行われていると考えられるものに関する審査請求

2 こんな時の理由番号は何番？

内容		理由番号
事例 1	名前や生年から、自保険者の被保険者に間違いはないが、記号・番号が間違っている場合。例えば、正しい被保険者の記号が「100」であるが、「1000」の記載がされたレセプトの場合。	11
事例 2	名前や生年から、自保険者の被保険者に間違いはないが、既に交換交付により回収済みである「更新前の証の記号・番号」が記載されている場合。	16
事例 3	性別の間違い、生年の記載誤り（被保険者等の生年誤り）がある場合。 ※ 「12」は患者名の誤りですが、氏名欄の記載に関することとして、当該番号で整理することとします。 なお、年齢からみた診療行為との関係において誤っている場合は、再審査等請求内訳票（その2）の「42」で請求願います。	12
事例 4	被扶養者として認定していた者が就職等により、認定外の家族となった以降の診療分の場合。 ※ 被保険者証の扶養者の欄から当該被扶養者名を抹消した年月日が明らかな場合は、理由欄に補記願います。	13
事例 5	名前や生年から、現在、被扶養者として認定している者に間違いはないが、当該レセプトの請求月においては、まだ扶養者として認定されていなかった場合。 ※ 当該被扶養者を認定した年月日が明らかな場合は、理由欄に補記願います。	14
事例 6	高齢受給者等の一部負担金額について負担割合が誤っている場合。 この場合は、保険医療機関が当該患者から高齢受給者等の提示を受けたかどうかによって、申出理由コードを記載願います。具体的には、事前に保険医療機関に連絡し、 ① 高齢受給者証の提示があつたにも関わらず、記載を誤つた場合。 ② 高齢受給者証等が未交付であつた場合など保険医療機関にその責はない場合。 なお、保険医療機関に返戻了解を取付け、理由欄に保険医療機関担当者名、連絡年月日等を記載願います。	①の場合 42 ②の場合 24

VII 質問に答えて

質問に答えて

問1 「19 重複請求」の場合は、請求があった複数のレセプトのうち、1枚を残し（余分なレセプトについて）再審査請求すればよいか。

（答） 重複請求された全てのレセプトに再審査等請求内訳票を貼付の上、再審査請求願います。

問2 被保険者の異動等に伴って発生した資格喪失分レセプトについて、次に取得している資格の保険者番号を知っている場合は、どのように再審査請求したらよいか。

（答） 被保険者の異動等に伴って発生した資格喪失分レセプトについては、保険医療機関等に再審査等請求内訳票の理由番号「18 資格喪失後の受診」により返戻（旧証回収前の場合は保険医療機関等の了解が必要です。）、又は、平成26年12月5日付け厚生労働省通知「被保険者資格喪失後の受診により発生する返還金の保険者間での調整について」により保険者間で調整する取扱いとされています。

問3 調剤レセプトの資格関係誤りに係る再審査請求において、保険薬局に電話連絡等により事前了解を得なくとも当該レセプトの再審査請求を行うこととしてよいか。

（答） 調剤レセプトの資格喪失後受診に係る資格関係誤りの再審査請求に当たっては、保険薬局に対し電話連絡等により事前了解を得た上で再審査請求していただくようお願いします。

なお、調剤レセプト以外の場合で、明らかに被保険者証の回収日以降の資格喪失後受診である時は、保険医療機関等に対し電話連絡等により事前了解を得る必要はありません。

問4 家族分レセプトの再審査等請求を行うに当たって、保険証に記載されている被保険者本人の氏名により請求してもよいか。

(答) 再審査等の請求に当たっては、当該レセプト「氏名欄」に記載された姓名を記載(入力)願います。

なお、該当者なし等、氏名が誤っている場合においても、当該レセプト「氏名欄」に記載された(誤った姓名)で請求願います。

問5 再審査等請求の申出期限はあるのか。

(答) 迅速な再審査処理と支払事務の円滑な実施を推進するため、6か月以内の申出にご協力願います。

ただし、保険者が6か月以内のレセプトの点検において再審査が必要な事例を発見し、その事例を遡って点検を行った結果、6か月を超えたレセプトに同一の事例を発見した場合には、次のとおり取り扱います。

- ① 算定誤り等事務上の明らかな誤りに関する事例については、この申出期間にとられるものではありません。
- ② 診療内容に関する事例については、基本的な考え方は前①と同様ですが、早期に処理する観点から、申出前に保険者所在の支払基金支部にご連絡願います。

(参考) 昭和60年4月30日 保険発第40号 庁保険発第17号

「社会保険診療報酬支払基金に対する再審査の申出について」

問6 支払基金から送付されてきた「再審査等受付状況整理票」と「再審査等結果通知書」の請求理由が異なっているものがあるのはなぜか。

(答) 再審査請求は、保険者からの申出の「請求理由」で受付処理を行い、「再審査等受付状況整理票」を送付していますが、受付後にレセプトの内容を確認した結果、基金において「請求理由」を変更する場合があります。

例えば、再審査請求の理由が、保険者からは、「30固定点数誤り」の請求理由となっているものの、医学的な内容で審査委員会の判断でなければ処理ができない事例などにおいては、「診療内容に関するもの」として処理を行い、基金において、請求理由を(「60」に)変更しているケースがそれにあたります。

VIII 再審查等結果通知

1 再審査等結果通知書

保険医療機関及び公費実施機関から申し出された再審査等請求の結果については、毎月 10 日頃、再審査等結果通知書（下図参照）により申出があった保険者等に対して連絡します。

再審査の結果、原審どおり又は査定となった理由について、コード（赤枠）で表しています。コードの内容については、次の 2（P70「原審どおり理由コード」）から 3（P76「査定事由」）を参照願います。

*** (診療内容) 再審査等結果通知書 ***													
御中													
*** 社会保険診療報酬支払基金													
受付年月	記号・番号	患者名 (整理番号)	診療区 年月分	医療機関 情報	療養の給付 日数	療養の給付 金額	調整金額	請求 項目	再審査結果			備考	
									再審査 結果	査定 事由	査定 理由		
2109	あいう 123	2103**0190**3030*	1906	3	1*-1-630029*	392,395		60	原審				
2109	かきくけ 456	2102**0330**8390*	2012	6	1*-3-320092*	1,107		(1)50 (2)50 60	原審		96 93		
2110	さしすせ 7890	基金 一部 2107**0300**0450*	2105	2	1*-3-040158*	2,233	-13,097	(1)40 60	査定	-1,871	40		
								(1)13 40 57 58	(査定)	-100 -40 -380 -1,351	D	義歯管理料（新製有床義歯管理料） 100×1→0 咬合調整（1歯以上10歯未満） 40×1→0 補綴時診断料 100×1→0 印象（欠損補綴・連合） 225×1→0 咬合 55×1→0 有床義歯（5から8歯） 床修理（6月以内）減算 728×1→140×1 縁鉤（不・特・レストアリ） 150×3→0 屈曲バー（不特） 286×1→0 人工歯（有床義歯） 27×1→0	
2110	たちつて 12	支部 二三子 *7890**1603*	1908	6	1*-1-630029*	1,701		50	原審		99		
2110	たちつて 12	支部 二三子 *7890**1603*	1909	6	1*-1-630029*	1,078		(1)80 50	原審		99		
2110	なにぬ 345	基金 四部 2106**0300**0840*	2104	2	1*-3-110105*	1,065	-4,305	(1)80 60	査定	-615	99		
2110	なにぬ 345	基金 四部 2107**0300**0650*	2105	2	1*-3-110105*	1,065	-4,305	(1)58 60	(査定)	-615	B	床修理（多数歯欠損） 280×1→0 床修理（総義歯） 335×1→0	
	合計							(1)58 (1)58	(査定)	-615	B	床修理（多数歯欠損） 280×1→0	

備考欄の数字等は以下の通りです。
 1：保険医療機関からの再審査請求分
 2：併用の相手先からの再審査請求分
 3：返還金控除分 4：その他
 R：電子レポート分

(294-0**-0000295)

2 原審どおり理由コード

(1) 医科

区 分	コード	事 由
基本診療料	10	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。
	11	診療内容を通覧して、初診料の算定は妥当と認めます。
	12	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。
	13	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。
	14	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。
	15	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。
薬 剤	20	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。
	21	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。
	22	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。
	23	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。
	24	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。

区 分	コード	事 由
薬 剤	25	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。
	26	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。
	27	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。
	28	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。
処置・手術・麻酔	40	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。
	41	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。
	50	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。
	51	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。
	52	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。
	53	麻酔は、治療上不可欠な診療行為であり妥当と認めます。
	54	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。
55	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。	

区 分	コード	事 由
処置・手術・麻酔	56	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。
検 査	61	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。
	62	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。
	63	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。
	64	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。
画像診断	70	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。
	71	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。
	72	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。
	73	診療内容を通覧して過剰とは認めません。
	74	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。
	75	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。
リハビリテーション	80	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。

区 分	コード	事 由
リハビリ テーション	81	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。
	82	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。
精神科 専門療法	83	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。
入院時 食事療養費	90	本症例の特別食加算は、入院時食事療養の基準等に示された特別食であり妥当と認めます。
その他	92	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。
	93	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。
	94	医学的にみて妥当とされる事項です。
	95	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。
	96	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。
	97	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。
	98	連絡項目により原審どおりとします。

(2) 歯科

区 分	コード	事 由
基本診療料	10	本例の初診、再診は妥当と認めます。
	11	本例の基本診療料に係る加算は、傷病名部位、診療内容等から判断して妥当と認めます。
医学管理	12	当該医学管理は、傷病名部位等から判断して妥当と認めます。
在宅	13	当該訪問診療は、診療内容、摘要欄記載等から判断して妥当と認めます。
薬剤	20	当該薬剤は、本例に効能・効果を有する薬剤であり妥当と認めます。
	21	当該薬剤の用法、用量、投与日数又は投与回数は、傷病名部位に対する一般症状と一般的経過を勘案して妥当と認めます。
処置・手術・麻酔	40	当該処置・手術は、傷病名部位、診療内容等から判断して妥当と認めます。
	41	当該処置・手術の回数は、傷病名部位、診療内容等から判断して妥当と認めます。
	42	本例の複数の手術は、異なる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。
	43	本例の特定保険医療材料の算定は、傷病名部位、診療内容等から判断して妥当と認めます。
	44	本例の処置・手術に係る時間外・休日・深夜加算は、緊急のためやむを得ない事情によるものであり妥当と認めます。

区 分	コード	事 由
処置・手術・麻酔	45	当該特定薬剤の用法、用量又は使用回数は、傷病名部位に対する一般症状と一般的経過を勘案して妥当と認めます。
	46	当該麻酔料又は麻酔薬剤の使用量は、傷病名部位、診療内容等から判断して妥当と認めます。
歯冠修復 及び 欠損補綴	50	当該歯冠修復又は欠損補綴は、傷病名部位、診療内容等から判断して、妥当と認めます。
検査・画像診断	60	当該検査は、本例の診断名の確定及び症状の経過観察のため必要であり妥当と認めます。
	61	当該検査は、傷病名部位、診療内容等から判断して妥当と認めます。
	70	当該画像診断は、本例の診断名の確定及び症状の経過観察のため必要であり妥当と認めます。
	71	当該画像診断の所定点数での算定は、傷病名部位、診療内容等から判断して妥当と認めます。
その他	90	連絡項目により原審どおりとします。
	91	当該診療行為の保険診療の適用は、診療内容を通覧して妥当と認めます。

3 査定事由

区 分		事 由
診療内容に関するもの	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
	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
	C	療養担当規則等に照らし、A・B以外で医学的に保険診療上適当でないもの
	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
事務上に関するもの	F	固定点数が誤っているもの
	G	請求点数の集計が誤っているもの
	H	縦計計算が誤っているもの
	K	その他