

電子媒体による  
再審査等請求規定

平成 30 年 3 月版

社会保険診療報酬支払基金

## まえがき

- 再審査等の請求については、平成 8 年 4 月から「フロッピーディスクによる再審査等請求規定」に基づき、フロッピーディスクによる再審査等の請求及び再審査等の結果の内容の記録を実施しているところです。
- コンピュータ技術の向上及び需要の変化に伴い、国内メーカーではフロッピーディスクの製造を中止していることから、平成 25 年 1 月からは、再審査等の請求等をフロッピーディスクのほか、記録型のコンパクトディスク（CD-R）でも対応するとともに、「フロッピーディスクによる再審査等請求規定」の名称を「電子媒体による再審査等請求規定」に変更しました。
- コンパクトディスクについては、ファイルシステム（フォーマット）を UDF（Ver2.01 以前）準拠で作成したコンパクトディスクの対応及び書込み方式を変更するため、平成 26 年 8 月に、「電子媒体による再審査等請求規定」を改正しました。
- 情報漏えい等の情報セキュリティ対策として、保険者へ提供する再審査等結果用電子媒体にパスワードを設定するため、平成 28 年 11 月に「電子媒体による再審査等請求規定」を改正しました。
- 今般、保険者から支払基金へ提出される再審査等請求用電子媒体にパスワードが設定できるよう、平成 29 年 9 月に「電子媒体による再審査等請求規定」を改正しました。  
なお、電子媒体に記録するレコードの構成については、変更がないことを申し添えます。

平成 30 年 3 月

## 目 次

### ○ 電子媒体による再審査等請求規定

1	電子媒体による再審査等請求	1
2	再審査等の請求	1
3	再審査等請求用電子媒体にエラーがあった場合の処理	6
4	再審査等請求用電子媒体等の保険者への送付	6
5	再審査等結果用電子媒体等の保険者への送付	6
6	再審査等結果用電子媒体にエラーがあった場合の処理	7
別紙 1	電子媒体及びケースのラベル等	8
別紙 2	整理番号の体系	9
別紙 3	再審査等請求内訳票（電子媒体用）の作成等	10
別紙 4	電子媒体関係様式	18

## 1 電子媒体による再審査等請求

再審査等を支払基金支部に請求するに当たって、再審査等請求内訳票（調剤報酬請求についての審査請求内訳票を含む。以下同じ。）の右半分（OCR読み取り部分）の作成に替わり、その内容を電子媒体であるフロッピーディスク（以下「FD」という。）及びコンパクトディスク（以下「CD-R」という。）に記録して請求することができます。

なお、電子媒体により再審査等請求された保険者（実施機関を含む。以下同じ。）において、再審査等の結果の内容を記録した電子媒体を希望する保険者に対して、再審査等の結果データを提供します。

## 2 再審査等の請求

### (1) 再審査等請求用及び再審査等結果用電子媒体の準備

#### ア 電子媒体の調達

再審査等請求用電子媒体は、保険者の調達とします。

なお、再審査等の結果を電子媒体で希望する保険者は、再審査等結果用電子媒体についても保険者の調達とし、再審査等請求用電子媒体と同じ電子媒体を準備してください。（再審査等請求用電子媒体がFDの場合は、再審査等結果用電子媒体もFDとし、再審査等請求用電子媒体がCD-Rの場合は、再審査等結果用電子媒体もCD-Rとします。）

#### イ 電子媒体ケース等の調達

電子媒体の授受に使用する電子媒体ケース、ケースラベル及び電子媒体のラベルについても、保険者の調達とします。

なお、電子媒体ケースは、FD又はCD-R1枚ごとに格納するプラスチックケースとします。

#### ウ 電子媒体の準備

##### (ア) FD

- a 再審査等請求用FDは、所定の形式でフォーマットを行ってください。

なお、使用済のFDを使用する場合は、「クイックフォーマット」ではなく「通常のフォーマット」により実施してください。

- b 再審査等の結果を電子媒体で希望する保険者は、再審査等請求用FD1枚に対し、再審査等結果用FD2枚（自県分及び他県分）を準備し、再審査等請求用FDと同様に所定の形式でフォーマットを行ってください。

##### (イ) CD-R

- a 再審査等請求用CD-Rは、必ず、未使用のCD-Rを使用してください。
- b 再審査等の結果を電子媒体で希望する保険者は、再審査等請求用

CD-R 1 枚に対し、再審査等結果用 CD-R 2 枚（自県分及び他県分）を準備してください。

(2) 再審査等請求用及び再審査等結果用電子媒体の仕様

ア 再審査等請求用電子媒体の仕様

電子媒体の仕様は、次のとおりとします。パスワードを設定する保険者は、支払基金が別途定めるファイル仕様により再審査等請求用電子媒体に請求内容を記録した上、所定のパスワードを設定した圧縮（ZIP形式）フォルダーに格納してください。

(ア) FD

項目	内容
FDのサイズ	3.5 インチ
フォーマット	MS-DOS フォーマット
容量	1.44MB 又は 720KB
レコード長	256 バイト/レコード
文字コード	JIS コード及びシフト JIS コード（漢字）
ファイル構成	FD ごとに 1 ファイル (1 保険者で FD が複数枚になる場合も、FD ごとに 1 ファイルとします。)
記録件数	FD 1 枚当たりの記録件数は次のとおりとします。 1.44MB: 再審査等請求レコード（レコード区分=2） 4,500 件 720KB: 再審査等請求レコード（レコード区分=2） 2,800 件

(イ) CD-R

項目	内容
CD-Rのサイズ	120mm
ファイルシステム	ISO9660 準拠又は UDF (Ver2.01 以前) 準拠
容量	650MB 又は 700MB
レコード長	256 バイト/レコード
文字コード	JIS コード及びシフト JIS コード（漢字）
ファイル構成	CD-R ごとに 1 ファイル (1 保険者で CD-R が複数枚になる場合も、CD-R ごとに 1 ファイルとします。)
記録件数	CD-R 1 枚当たりの記録件数は次のとおりとします。 再審査等請求レコード（レコード区分=2）100 万件

イ 再審査等結果用電子媒体の仕様等

電子媒体の仕様は、次のとおりとします。

(ア) 保険者が支払基金支部に送付するときの仕様

a F D

項 目	内 容
F Dのサイズ	3.5 インチ
フォーマット	MS-DOS フォーマット
容量	1.44MB 又は 720KB
作成枚数	再審査等請求用 F D 1 枚に対し、2 枚作成願います。

b C D - R

項 目	内 容
C Dのサイズ	120mm
容量	650MB 又は 700MB
提出枚数	再審査等請求用 C D - R 1 枚に対し、ブランク（未使用）の C D - R を 2 枚提出願います。（フォーマットを行わずに提出願います。）

(イ) 支払基金支部が保険者へ送付するときの仕様

お預かりした電子媒体（前(ア)）に再審査等の結果内容を記録して送付します。

a F D

項 目	内 容
F Dのサイズ	3.5 インチ
フォーマット	MS-DOS フォーマット
容量	1.44MB 又は 720KB
レコード長	256 バイト/レコード
文字コード	JIS コード及びシフト JIS コード（漢字）
記録件数	F D 1 枚当たりの記録件数は次のとおりとします。 1.44MB:再審査等結果レコード （レコード区分=2 及び 3） 4,500 件 720KB: 再審査等結果レコード （レコード区分=2 及び 3） 2,800 件

b CD-R

項目	内容
CDのサイズ	120mm
ファイルシステム	ISO9660 準拠
書込み方式	トラックアットワンス
容量	650MB 又は 700MB
レコード長	256 バイト/レコード
文字コード	JIS コード及びシフト JIS コード (漢字)
記録件数	CD-R 1 枚当たりの記録件数は次のとおりとします。 再審査等結果レコード (レコード区分=2) 100 万件

(3) ラベル等の作成

電子媒体及び電子媒体ケースについては、ラベル等により次の事項を表示してください。

なお、ラベル等の作成に当たっては、別紙 1 の作成例を参照してください。

FD

表示事項	請求用FD	結果用FD	請求用ケース	結果用ケース
保険者番号	○	○	○	○
保険者名	○	○	○	○
年月及び回数	○	—	○	—
FD番号/FD総枚数	○	○	○	○
請求・結果の別	○	○	○	○
整理番号のCDの有無	○	—	—	—

CD-R

表示事項	請求用CD-R	結果用CD-R	請求用ケース	結果用ケース
保険者番号	○	○	○	○
保険者名	○	○	○	○
年月及び回数	○	—	○	—
請求・結果の別	○	○	○	○
整理番号のCDの有無	○	—	—	—

ア 「保険者番号」及び「保険者名」は、再審査等を請求する保険者の保険者番号及び名称を記載してください。

イ 「年月及び回数」は、再審査等を請求する年月及びその請求月における通算請求回数を記載してください。

[例] 平成 29 年 2 月における 2 回目の請求 …… 29 年 2 月—2 回目

なお、再審査等結果用の電子媒体及び電子媒体ケースには、年月及び

回数を記載しないでください。支払基金支部が処理した対象診療年月（再審査等結果通知書の表題年月）を記載して送付します。

ウ FDにおける「FD番号/FD総枚数」は、1回に再審査等を請求するFD総枚数と当該FDの番号（3枚のときは1/3、2/3及び3/3）を記載してください。

エ 「請求・結果の別」は、再審査等請求用又は再審査等結果用の別を表示してください。

オ 「整理番号のCD（チェックデジット）の有無」は、整理番号の体系別（別紙2参照）によりCDの有無について表示してください。

カ 電子媒体等のラベルは、次のとおり貼付等をお願いします。

(ア) FD

所定の位置にラベルを貼付してください。

また、誤った位置にラベルを貼付すると、機械の故障の原因になりますので、誤った位置にはラベルを貼付しないようご注意ください。

なお、ラベルの重ね貼りはしないでください。

(イ) CD-R

フェルトペン等による手書き、印刷又はレーベル面全体に貼付する専用ラベルにより、必要事項を記載してください。ただし、専用ラベルは、機械の故障の原因になりますので、重ね貼りをしないでください。

なお、レーベル面の一部に表示事項を記入したラベルを貼付した場合、機械の故障の原因となることから使用しないでください。

おって、フェルトペン等による手書きの場合は、別紙1の「フェルトペン等による記載方法」を参照ください。

(ロ) 電子媒体ケース

所定の位置にラベルを貼付してください。

(4) 再審査等請求内訳票（電子媒体用）の作成・添付

別紙3により再審査等請求内訳票（電子媒体用）を作成し、該当診療報酬等明細書（再審査等を請求する明細書）（以下「再審査等請求明細書」という。）に添付してください。

なお、再審査等請求明細書の編てつ方法は、電子媒体によらない再審査等請求時と同様とします。

(5) 再審査等請求書（電子媒体）の作成

別紙4の様式1により「再審査等請求書（電子媒体）」を作成し、再審査等請求明細書の最上部に添付してください。

なお、当該請求書は、支払基金ホームページに掲載しています。

(6) 支払基金支部への提出

「再審査等請求書（電子媒体）」、「再審査等請求明細書（電子媒体



分) 」及び「再審査等請求用電子媒体」をセットにして支払基金支部に提出してください。提出方法は持参でも郵送でも差し支えありません。

なお、再審査等の結果を電子媒体で希望する保険者は、「再審査等結果用電子媒体」を併せて提出してください。

また、FDは「WRITE ENABLE」（記録可）の状態にしてください。

### 3 再審査等請求用電子媒体にエラーがあった場合の処理

#### (1) 支払基金支部の処理

再審査等請求用電子媒体が読み取れなかった場合又は重大エラー（整理番号の欠如、重複等）があった場合には、支払基金支部はそのエラー状況を明らかにし、該当再審査等請求明細書（当該請求分すべて）とともに電子媒体（再審査等請求用及び再審査等結果用）を保険者に返却します。

#### (2) 保険者の処理

前(1)により返却を受けた保険者は、再度電子媒体（再審査等請求用及び再審査等結果用）を作成して支払基金支部に提出してください。ただし、再提出の時期によっては、支払基金支部の再審査等処理が遅れる場合があります。

### 4 再審査等請求用電子媒体等の保険者への送付

支払基金支部は、受付処理を了したことを保険者に連絡するため、「再審査等受付状況整理票」を送付するとともに、「再審査等請求用電子媒体」を次のとおり処理します。

#### (1) FD

ヘッダーレコードの読取サインに「1」をセットし、支払基金において所定のパスワードを設定した上、「電子媒体返却書」（別紙4の様式2）と併せて返却します。

#### (2) CD-R

原則、保険者への返却は行わず、受付処理後、支払基金において1か月間保管し、破砕します。

### 5 再審査等結果用電子媒体等の保険者への送付

- (1) 支払基金支部は、再審査等の結果を電子媒体で希望する保険者に対して、支払基金が別途定めるファイル仕様により再審査等結果用電子媒体に結果内容を記録した上、パスワードを設定した圧縮（ZIP形式）フォルダーに格納し、「再審査等結果通知書」等の送付に併せ「電子媒体返却書」（別紙4の様式2）とともに保険者に送付します。送付時には、電子媒体及び電子媒体ケースの年月の項に、処理した対象診療年月（再審査等結果通知書の表題年月）を記載します。

なお、同電子媒体への結果記録の内容は「再審査等結果通知書」の情報

と同じもの（その時点で精算された結果情報）であり、提出された再審査等請求用電子媒体の個別レコード情報とは一致しない場合もあります。

- (2) パスワードを設定した圧縮（ZIP形式）フォルダーについては、保険者において支払基金より別途連絡したパスワードを用いて解凍してください。

## 6 再審査等結果用電子媒体にエラーがあった場合の処理

再審査等結果用電子媒体にエラーがあった場合（読取不能の場合を含む。）は、支払基金支部に連絡してください。同内容の電子媒体を再作成して速やかに送付します。

## 電子媒体及びケースのラベル等

### 【FD】

再審査等処理システム用FD

保険者番号                    06132013

  保険者名  社会保険診療報酬支払基金健康保険組合

  年月及び回数                    H29年9月  1回目

  FD番号/総枚数                    1 / 4

  請求・結果の別                    請求   ・  結果

  整理番号CD                    有    ・  無

### 【FDケース】

再審査等処理システム用FD

保険者番号                    06132013

  保険者名  社会保険診療報酬支払基金健康保険組合

  年月及び回数                    H29年9月  1回目

  FD番号/総枚数                    1 / 4

  請求・結果の別                    請求   ・  結果

### 【CD-R】

保険者番号  
06132013

保険者名  
社会保険診療報酬支払基金健康保険組合

年月及び回数                    H29年9月  1回目

請求・結果の別                    請求   ・  結果

整理番号CD                    有    ・  無

### 【CD-Rケース】

再審査等処理システム用CD-R

保険者番号                    06132013

  保険者名  社会保険診療報酬支払基金健康保険組合

  年月及び回数                    H29年9月  1回目

  請求・結果の別                    請求   ・  結果

06132013

支払基金健保

H29年9月  1回目

請求   、  有

### フェルトペン等による記載方法

- ・ 保険者名は、略称で差し支えありません。
- ・ 請求・結果別は、請求又は結果を記載します。
- ・ 整理番号CDは、有又は無を記載します。

## 整理番号の体系

### 1 標準仕様

整理番号は、標準仕様として、次の構成で作成してください。

レセプト管理番号 (11桁)	+ 請求年月 (4桁)	+ 請求回数 (1桁)	+ CD (1桁)
----------------	-------------	-------------	-----------

(1) レセプト管理番号は、保険者における該当（請求対象）レセプト管理番号を使用してください。

（11桁をすべて使う必要はありません。11桁未満の場合は、右詰め前ゼロでセットしてください。）

(2) 請求年月は、再審査等を請求する年月4桁で構成してください。

(3) 請求回数は、当該請求月における通算請求回数を使用してください。

[例] 4月10日 資格関係について請求 1回目

4月20日 診療内容等について請求 2回目

(4) CD（チェックデジット）は、レセプト管理番号、請求年月及び請求回数を対象として、ルーンズチェック方式により算出してください。

[例]	<table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="11">レセプト管理番号</th> <th colspan="4">請求年月</th> <th>回数</th> </tr> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>0</td><td>1</td> <td>0</td><td>8</td><td>0</td><td>4</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>X1</td><td>X2</td><td>X1</td><td>X2</td><td>X1</td><td>X2</td><td>X1</td><td>X2</td><td>X1</td><td>X2</td><td>X1</td> <td>X1</td><td>X2</td><td>X1</td><td>X2</td> <td></td> </tr> </table>	レセプト管理番号											請求年月				回数	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	0	8	0	4	1	X1	X2	X1	X2	X1	X2	X1	X2	X1	X2	X1	X1	X2	X1	X2	
レセプト管理番号											請求年月				回数																																		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	0	8	0	4	1																																		
X1	X2	X1	X2	X1	X2	X1	X2	X1	X2	X1	X1	X2	X1	X2																																			
①	1 4 3 8 5 12 7 16 9 0 1 0 8 0 4 2																																																
②	1 +4 +3 +8 +5 +3+7 +7+9 +0 +1 +0 +8 +0 +4 +2=62																																																
③	10-2=8																																																

[算出方法]

① CDを除いた整理番号の末尾（請求回数）を起点として、順次2と1とを乗じる。

② 前①で算出した積の和を求める。ただし、積が2桁となる場合は1桁目と2桁目の数字の和を用いる。

③ 10と前②で算出した数の下1桁の差をチェックデジットとする。ただし、1の位の数が0のときはチェックデジットは0とする。

### 2 標準外仕様

前1の整理番号のほか、保険者における該当（請求対象）レセプト管理番号を直接整理番号として使用することができます。この場合、請求年月、回数及びCD（チェックデジット）はなくても差し支えありませんが、ルーンズチェック方式によるCDを付加されることをお奨めします。また、この方法による整理番号を使用される場合には、少なくとも1年間は同整理番号（管理番号）が重なることのないよう、ユニーク性を確保願います。

なお、同管理番号は、レセプトの所定位置（傷病名欄の右余白又は患者氏名欄の上部空白）に打番してください。

別紙 3

## 再審査等請求内訳票（電子媒体用）の作成等

### 1 用紙及び帳票サイズ

#### (1) 用紙

使用する用紙は、一般的なOA出力汎用用紙（白紙フォーム）とし、原則として保険者の調達とします。ただし、支払基金支部が配布する電子媒体用の再審査等請求内訳票の使用又は手書き用再審査等請求内訳票の左側部分を流用して使用することも差し支えありません。

なお、手書き用再審査等請求内訳票の左側部分を流用する場合、整理番号は支払基金支部で用意した番号を使用してください。

#### (2) 帳票サイズ

縦 6 インチ×横 7 インチとします。（若干の相違は差し支えありませんがこのサイズを超えないようにしてください。）

### 2 必要項目について

#### (1) 必要印字項目

行	項目	内訳票 (その1)	内訳票 (その2)	内訳票 (調剤)	備考	6 L P I、パイカピッチ時の参考値	
						行位置	桁位置
1	保険者番号	○	○	○	プレ印刷対応可	5	12
	整理番号	○	○	○	右詰め・スペース埋め～5桁、6桁、6桁に編集		38
2	診療年月	○	○	○	右詰め・0埋め	7	5
	医療機関番号	○	○	○	府県、点数表を含む		11
	患者氏名	(○)	○	○	漢字出力でもよい		25
	決定点数	○	○	○			53
	種別		○		診療内容(60)又は固定点数(30)の別を印字		61
3	理由番号	○	○		12・13 ページ参照	9	5
	請求理由	○	○		〃		9
4	請求理由(2行目)	(○)	(○)		〃	11	9
15	取下げ整理番号	(○)	(○)		医療機関からの取り下げ又は再審査請求分のとき	33	5

## (2) 印字方法

原則として、14 ページの「印字位置」に以下の「必要印字項目」を印字することとしますが、保険者による多少の印字位置の変更、プレ印刷（事前印刷）からプリンター印字への変更等は差し支えありません。

また、診療年月及び日数は「右詰め・0 埋め」、整理番号は「右詰め・スペース埋め」として印字してください。

なお、14 ページの印字位置(例)は、インチ単位であり、文字ピッチ 1/10 インチ、改行ピッチ 1/6 インチの例として設計しております。

## 3 プレ印刷

15 ページ～17 ページを参考にして、保険者で印刷（黒色）調製してください。

なお、「再審査等請求内訳票（その2）診療内容・事務上」及び「調剤報酬請求についての審査請求内訳票」については、支払基金支部において再審査結果を記入するため、「明細書添付部」の下辺から 2 インチ以上を確保願います。

## 4 再審査等請求明細書への添付

再審査等請求内訳票（電子媒体用）を再審査等請求明細書に貼付するときは、本帳票の左上一点をステイプラーで留めることとし、糊等は使用しないでください。

なお、再審査等請求明細書へのステイプラー留めは、再審査等請求明細書の傷病名欄の下部に（傷病名欄が隠れないように）添付してください。

## 5 その他

(1) 前 2 及び 3 は、電子媒体の記録内容を再審査等請求内訳票（電子媒体用）に出力（機械印字）する前提でのご案内ですが、同内訳票の作成を機械印字に限るものではなく、手書きによる作成及び機械印字と手書きの併用による作成も差し支えありません。

(2) 再審査等請求明細書添付部の「請求理由」部分は、次表の中から該当する番号と理由を印字してください。

ア 再審査等請求内訳票（その1）

番号	理由	備考
11	記号、番号の誤り	
12	患者名の誤り	
13	認定外家族	
14	該当者なし	
15	保険者番号と記号の不一致	
16	旧証によるもの	
17	本人・家族の誤り	
18	資格喪失後の受診 喪失 99 年 99 月 99 日 証回収 99 年 99 月 99 日	2 行にわたり印字 「99」には年月日を印字
19	重複請求	
20	給付対象外傷病（業務上）	
21	給付対象外傷病（適用外） （全てが給付対象外であるもの）	2 行にわたり印字
22	老人保健・国保該当	
23	給付期間満了 満了 99 年 99 月 99 日	「99」には年月日を印字
24	その他	上記以外の理由のとき
25	医療機関からの取下げ依頼による	







1	様式第901号の1(電子媒体) <b>再審査等請求内訳票(その1)資格関係等</b> <small>保険者番号又は 実施機関番号</small> <small>診療年月</small> <small>医療機関番号</small> <small>請求理由</small>	2	3	4	5	6
1	<small>患者氏名</small> <small>決定点数</small> <small>整理番号</small>					
2						
3						
4						
5						
6						
				増減点	基金 使用欄	請求理由 責任

◎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。

1	2	3	4	5	6																
<p>様式第901号の2(電子媒体)</p> <h2 style="text-align: center;">再審査等請求内訳票(その2)診療内容・事務上</h2>																					
<p>◎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。</p>																					
<p>保険者番号又は 実施機関番号</p> <p style="text-align: right;">整理番号</p>																					
1	診療年月	医療機関番号	患者氏名	決定点教	種別																
請求理由																					
<p>(請求理由を具体的にご記入ください。)</p>																					
再審査の結果、下記のとおり決定します。																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 5%;">No.</th> <th style="width: 15%;">結果</th> <th style="width: 80%;">特定理由 原審理由</th> <th style="width: 10%;">概要</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">査定・原審</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">査定・原審</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">査定・原審</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						No.	結果	特定理由 原審理由	概要	1	査定・原審			2	査定・原審			3	査定・原審		
No.	結果	特定理由 原審理由	概要																		
1	査定・原審																				
2	査定・原審																				
3	査定・原審																				
<p>※ 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。</p>																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">請求理由</th> <th style="width: 15%;">責任</th> <th style="width: 15%;">請求教</th> <th style="width: 15%;">処理</th> <th style="width: 15%;">診療科</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						請求理由	責任	請求教	処理	診療科											
請求理由	責任	請求教	処理	診療科																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;">基金 使用欄</th> <th style="width: 20%;">増 減 点</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						基金 使用欄	増 減 点														
基金 使用欄	増 減 点																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">連</th> <th style="width: 15%;">絡</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						連	絡														
連	絡																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">No.</th> <th style="width: 15%;">結果</th> <th style="width: 80%;">特定理由 原審理由</th> <th style="width: 10%;">概要</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">査定・原審</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">査定・原審</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">査定・原審</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						No.	結果	特定理由 原審理由	概要	1	査定・原審			2	査定・原審			3	査定・原審		
No.	結果	特定理由 原審理由	概要																		
1	査定・原審																				
2	査定・原審																				
3	査定・原審																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">請求理由</th> <th style="width: 15%;">責任</th> <th style="width: 15%;">請求教</th> <th style="width: 15%;">処理</th> <th style="width: 15%;">診療科</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						請求理由	責任	請求教	処理	診療科											
請求理由	責任	請求教	処理	診療科																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;">基金 使用欄</th> <th style="width: 20%;">増 減 点</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						基金 使用欄	増 減 点														
基金 使用欄	増 減 点																				

1	2	3	4	5	6																
<p>様式第901号の3(電子媒体)  <b>調剤報酬請求についての審査請求内訳票</b></p>																					
<p>◎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。</p>																					
<p>整理番号</p>																					
<p>保険者番号又は実施機関番号          患者氏名          診察年月 医療機関番号          決定点数 種別          請求理由</p>																					
<p>(審査(再審査)請求理由を具体的に記入ください。)</p>																					
<p>審査(再審査)の結果、下記のとおり決定します。</p>																					
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:5%;">No.</th> <th style="width:15%;">結果</th> <th style="width:40%;">査定事由 請求(原審)理由</th> <th style="width:40%;">摘要</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">査定・原審</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">査定・原審</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">査定・原審</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						No.	結果	査定事由 請求(原審)理由	摘要	1	査定・原審			2	査定・原審			3	査定・原審		
No.	結果	査定事由 請求(原審)理由	摘要																		
1	査定・原審																				
2	査定・原審																				
3	査定・原審																				
<p>※ 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。</p>																					
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:10%; text-align: center;">請求理由</td> <td style="width:10%; text-align: center;">責任</td> <td style="width:10%; text-align: center;">請求数</td> <td style="width:10%; text-align: center;">処理</td> <td style="width:10%; text-align: center;">診療科</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>						請求理由	責任	請求数	処理	診療科											
請求理由	責任	請求数	処理	診療科																	
<p>増減点</p>																					
<p>基金使用欄</p>																					
<p>※ 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。</p>																					

電 子 媒 体 関 係 様 式

1 再審査等請求書（電子媒体）・・・様式 1

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 \_\_\_\_\_

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

(内訳)

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。

平成 年 月 日

電 子 媒 体 返 却 書

保険者(実施機関)番号 \_\_\_\_\_

保険者(実施機関)名 \_\_\_\_\_ 御中

社会保険診療報酬支払基金 \_\_\_\_\_ 支部

下記の電子媒体を返却します。

記

- 1 年 月 : \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月分
- 2 電子媒体種別 : 請求用 ・ 結果用
- 3 電子媒体枚数 : \_\_\_\_\_枚