

鹿児島支部からのお知らせ



平成31年4月

保険医療機関・保険薬局の皆様へ

	平成31年4月	平成31年5月
請求書等提出期限	4月10日(水) (平成31年3月診療分)	5月10日(金) (平成31年4月診療分)
	受付時間 9:00~17:30 ※郵送(宅配便含む)についても10日までの必着です。 ※オンライン請求は10日24時までに送信のうえ請求確定までお願いします。	
特定健診・特定保健指導 受付締切日	4月5日(金) (平成31年3月実施分)	5月7日(火) (平成31年4月実施分)
診療報酬等の支払日	4月22日(月) (平成31年2月診療分)	5月21日(火) (平成31年3月診療分)
返戻レセプト等の発送日	4月4日(木) (平成31年2月診療分)	5月6日(月) (平成31年3月診療分)
出産育児一時金等の提出日 (正常分娩分及び異常分娩分)	4月10日(水) (平成31年3月実施分)	5月10日(金) (平成31年4月実施分)
出産育児一時金等の提出日 (正常分娩分)	4月25日(木) (平成31年3月実施分)	5月24日(金) (平成31年4月実施分)
出産育児一時金等 正常分娩分(10日提出分) の支払日	4月5日(金) (3月10日提出分)	5月9日(木) (4月10日提出分)
出産育児一時金等 正常分娩支払早期分(25日提出分) 及び異常分娩分の支払日	4月22日(月) (3月25日提出分)	5月21日(火) (4月25日提出分)

保険者・市町村等の皆様へ

	平成31年4月	平成31年5月
診療報酬等の納入期限 (精算分)	4月19日(金) (平成31年2月診療分)	5月20日(月) (平成31年3月診療分)
診療報酬等の納入期限 (概算分)	4月30日(火) (平成31年2月診療分)	5月31日(金) (平成31年3月診療分)
レセプト発送日	4月9日(火) (平成31年2月診療分)	5月9日(木) (平成31年3月診療分)
高齢者医療制度に係る 支援金等の納付期限	4月5日(金) (第12期)	5月8日(水) (第1期)
出産育児一時金等 正常分娩分(10日提出分) の納入期限	4月4日(木) (平成31年3月提出分)	5月8日(水) (平成31年4月提出分)
出産育児一時金等 正常分娩支払早期分(25日提出分) 及び異常分娩分の納入期限	4月19日(金) (平成31年3月提出分)	5月20日(月) (平成31年4月提出分)

資格関係誤りレセプトの発生防止についてのお願い

保険医療機関の皆様へ

- 受付の際に「証の確認」の励行をお願いいたします。

保険者の皆様へ

- 「受診時の医療機関等窓口での証の提示」についてご指導をお願いいたします。
- 「資格喪失後の証の早期返還」についてご指導をお願いいたします。

請求データ削除依頼書

医療機関(薬局)コード	
医療機関(薬局)名称	
電話番号	
担当者名	
点数表区分	DPC ・ 医科 ・ 歯科 ・ 調剤
データ送信年月日 及び送信回数	平成 年 月 日 (回目) 平成 年 月 日 (回目)
診療月	平成 年 月診療分
請求方法	オンライン
削除依頼理由	

上記の件について請求データ削除を依頼いたします。

平成 年 月 日

医療機関(薬局)名称

Ⓔ

支払基金受付印欄

(送付先) 社会保険診療報酬支払基金鹿児島支部 審査業務課 〒890-8552 鹿児島県鹿児島市宇宿1丁目52番12号 TEL(099)255-0121 FAX(099)259-4642
--

※ 当依頼書については、オンライン請求後のデータを削除する場合にご使用願います。

請求データ削除依頼書

医療機関(薬局)コード	
医療機関(薬局)名称	
電話番号	
担当者名	
点数表区分	DPC ・ 医科 ・ 歯科 ・ 調剤
データ送信年月日 及び送信回数	平成 年 月 日 (回目) 平成 年 月 日 (回目)
診療月	平成 年 月診療分
請求方法	オンライン
削除依頼理由	

上記の件について請求データ削除を依頼いたします。

平成 年 月 日

医療機関(薬局)名称

Ⓔ

支払基金受付印欄

(送付先) 社会保険診療報酬支払基金鹿児島支部 審査業務課 〒890-8552 鹿児島県鹿児島市宇宿1丁目52番12号 TEL(099)255-0121 FAX(099)259-4642
--

※ 当依頼書については、オンライン請求後のデータを削除する場合にご使用願います。

当座口振込通知書の再発行について

毎月、当座口振込通知書につきましては、支払月翌月（4日頃）のブロック通信、増減点連絡書等発送時に同封しておりますが、所得税の確定申告時に必要となりますので、**大切に保管していただきますようお願いいたします。**

なお、紛失等によって再発行を依頼される場合は、下記の「当座口振込通知書再発行依頼書」を用いて、返信用封筒（切手貼付）を同封のうえ、支払基金鹿児島支部事業管理課事業管理係宛お申し出ください。

※「当座口振込通知書再発行依頼書」の用紙は[こちらをクリック](#) 

【記載例】

平成 年 月 日
社会保険診療報酬支払基金 鹿児島支部 御中

当座口振込通知書再発行依頼書

当座口振込通知書の再発行について、次のとおり依頼します。

保険医療機関 (保険薬局等)コード	
保険医療機関 (保険薬局等)名称	
保険医療機関 (保険薬局等)所在地	
開設者氏名及び印	
電話番号	- -
再発行する診療年月	平成 年 月 診療
請求年月 (診療月の翌月)	平成 年 月 請求
振込年月日 (請求月の翌月21日頃)	平成 年 月 振込
再発行理由	

特定健診等機関は10桁を
それ以外の医療機関は7桁

保険医療機関（保険薬局等）の開設者を
記入のうえ押印してください。

再発行を依頼する診療（調剤等）年月・
請求年月・振込年月をそれぞれ記入し
てください。
なお、複数月の再発行を依頼する場
合は、適宜記入願います。

【留意事項】

- 「当座口振込通知書再発行依頼書」を適宜ダウンロードするなどし、必要事項を記載のうえ、お申し出ください。
- 会計事務所等代理人が依頼する場合は、開設者の委任状及び印鑑証明が必要です。
- あて先（保険医療機関・保険薬局等の住所及び名称）を記載した返信用封筒（切手貼付）を必ず同封してください。**※保険医療機関等以外には送付できません。**
- 個人情報保護により、**電話・ファクシミリによる支払金額の照会、再発行依頼については応じられません**のでご了承願います。

《お問合せ先》

社会保険診療報酬支払基金 鹿児島支部 事業管理課事業管理係
ダイヤルイン：099-255-0122（内線132・134）

平成 年 月 日

社会保険診療報酬支払基金 鹿児島支部 御中

当座口振込通知書再発行依頼書

当座口振込通知書の再発行について、次のとおり依頼します。

保険医療機関 (保険薬局等) コード	
保険医療機関 (保険薬局等) 名称	
保険医療機関 (保険薬局等) 所在地	
開設者氏名及び印	⑩
電話番号	— —
再発行する診療年月	平成 年 月 診療
請求年月 (診療月の翌月)	平成 年 月 請求
振込年月日 (請求月の翌月 21 日頃)	平成 年 月 振込
再発行理由	

【留意事項】

- 1 会計事務所等代理人が依頼する場合は、開設者の委任状及び印鑑証明が必要です。
- 2 あて先（保険医療機関・保険薬局等の住所及び名称）を記載した返信用封筒（切手貼付）を必ず同封してください。
※ 保険医療機関等以外には送付できません。
- 3 個人情報保護により、電話・ファクシミリによる支払金額の照会、再発行依頼については応じられませんのでご了承願います。

「受付エラー連絡票」（電子媒体分）の見方及び対応方法について

【エラーメッセージ欄のエラーコード：L2000番台【L2エラー】】

エラーメッセージに記載された箇所について、レセプトデータの記録内容を訂正のうえ翌月以降のレセプトと一緒に再度ご請求ください。

【エラーメッセージ欄のエラーコード：L4800番台（L48エラー）（L4892除く）】

エラーメッセージに記載された箇所について、レセプトデータの記録内容の訂正をお願いします。なお、データは正常分として受付されておりますので、再度ご請求いただく必要はありません。

平成〇〇年〇〇月 受付エラー連絡票 1ページ
年 月 日

名称：〇〇クリニック 社会保険診療報酬支払基金鹿児島支部

レセプト番号	法別番号	区分	入院・入院外の別	患者氏名	エラーメッセージ
					XXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
				(L2エラー分) 翌月以降、再度請求が必要 な件数です。必ずご確認ください。	注 1 (XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX) 2 (XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX) 3 (XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX) 4 (XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX)
		数(件)	点数(点)		
		請求分	435	XXX, XXX	
		受付分	430	XXX, XXX	
		割除分	0		
		L2エラー分	5		エラーメッセージに係る注意点です。必ず、ご確認ください。

【エラーコード：L4892】

支払基金に登録されている医療機関名称と電子媒体に記録されていた医療機関名称が異なっている場合のエラーです。

※ スペースが空いたり、中点などが入っているだけでもエラーの原因となります。

平成 年 月分 受付エラー連絡票 1ページ
処理年月日 年 月 日

名称：医療法人□□会〇〇クリニック 社会保険診療報酬支払基金鹿児島支部

の別	患者氏名	エラーメッセージ
		※4892 医療機関名称が審査支払機関に登録されている医療機関名称と異なっているため、審査支払機関に登録された医療機関名称に置き換えて受付しました。 医療機関名称【〇〇クリニック】
		磁気媒体（CD等）に記録されていた名称

次の1～3のいずれかの対応をお願いします。

- 1 支払基金のマスターに登録されている「医療機関名称」を使用する場合
医事コンピューターにおいて「医療機関名称」の変更をお願いします。
- 2 磁気媒体（CD等）に記録されていた「医療機関名称」を使用する場合
支払基金にご連絡願います。なお、可能な限り支払基金のマスターに登録されている「医療機関名称」の使用をお願いします。
- 3 前1. 2以外で、支払基金の登録内容に変更が必要なケースもありますので、お気付きの点がございましたら、大変お手数ですが、支払基金鹿児島支部までご連絡願います。

【エラーメッセージ欄が空欄の場合】

エラーはありませんので、エラーに係る対応は不要です。

【本件に関するお問い合わせ先】

社会保険診療報酬支払基金鹿児島支部 事業管理課事業管理係 TEL(代) 099-255-0121

乳幼児医療給付事業の開始について（お知らせ）

平素は、支払基金の業務運営に格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、平成30年10月から鹿児島県内各市町村において乳幼児医療給付事業（住民税非課税世帯の未就学児を対象とした現物給付）が開始されることとなりましたのでお知らせいたします。

制度名：乳幼児医療給付事業

1 公費負担者番号

裏面のとおり

2 対象者

満6歳に達する日以後の最初の3月31日までの者（住民税非課税世帯の未就学児に限る）
ただし、生活保護法の適用を受けている者を除く。

3 自己負担

なし

4 食事療養費（入院）

助成対象外

5 対象医療機関

鹿児島県内の保険医療機関、保険薬局及び訪問看護ステーション

6 審査支払事務の受託開始時期

R å D • ü T'

保険医療機関、保険薬局の皆様へ

- 1 窓口において、「乳幼児医療給付受給資格者証」の提示を受けた場合は、必ず記載内容の確認をお願いいたします。
- 2 乳幼児医療給付事業の開始に伴い、現在ご使用の医事システムによる受付・請求業務等に支障のないよう、必要に応じてシステム改修等をお願いいたします。

なお、診療（調剤）報酬明細書等の請求方法につきましては、現行の医療保険と公費との併用の取扱いと同様になります。

【本件に対する問い合わせ先】

社会保険診療報酬支払基金鹿児島支部 事業管理課

099-255-0121（代表）

