

事務連絡

平成28年2月4日

保険医療機関 各位

社会保険診療報酬支払基金東京支部

審査結果連絡に係る帳票等の変更について

平素は、支払基金の業務運営に格別のご理解とご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、支払基金の審査結果については、更なる説明責任を果たすため、今般、平成28年2月審査分（平成28年1月診療分）から下記のとおり帳票等を変更することといたしますので、特段のご配慮を賜りますようお願い申し上げます。

記

1 審査結果については、現行、増減点事由記号（A～K）のみをお知らせしていましたが、新たに次の内容を帳票に印字します。

- (1) 増減点事由記号（A～K）に応じた増減点事由
- (2) 審査結果の具体的な理由（可能な限り印字します。）

2 関係帳票

- (1) 増減点連絡書（機械様式第20号の1）
- (2) 再審査等支払調整額通知票（補正・査定分）（機械様式第101号）
- (3) 突合点検結果連絡書（機械様式第120号の1）
- (4) 突合再審査結果連絡書（機械様式第120号の1）
- (5) 突合再審査調整額通知票（機械様式第120号の2）
- (6) 突合点検調整額通知票（医療機関）（機械様式第120号の3）
- (7) 突合点検調整額通知票（医療機関）【再審査】（機械様式第120号の3）
- (8) 突合点検調整額通知票（医療機関）（機械様式第120号の5）
- (9) 突合点検調整額通知票（医療機関）【再審査】（機械様式第120号の5）
- (10) 突合点検調整額連絡票（医療機関）（機械様式第120号の8）
- (11) 突合点検調整額連絡票（医療機関）【再審査】（機械様式第120号の8）

((1)及び(2)については、別紙を参照)

※ CSVファイルについても、記1の内容が記録されます。

別紙(保険医療機関(医科)) 帳票例

○ 増減点連絡書(機械様式第20号の1)

(機械様式第20号の1)

医療機関コード: * * * * * 1 月 分 増 減 点 連 絡 書 ページ 1

医療機関名: 御中 社会保険診療報酬支払基金〇〇支部

診療年月	受付番号 レセプト番号	保険者番号	区分	給付 区分	氏名 カルテ番号	病期	性別	病名(疾病)	事由	負担	請求内容	負担	補正・査定後内容
	* * * * *	* * * * *	本外		* * * * *	* * *	* * *		D	1	B-V	12 X 1	※1 ※2 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 審査結果の理由等: 『同日に悪性腫瘍特異物質治療管理料とB-Vが算定されています。悪性腫瘍特異物質治療管理料には、腫瘍マーカー検査、当該検査に係る採血及び当該検査の結果に基づく治療管理に係る費用が含まれるものであり、1月のうち2回以上腫瘍マーカー検査を行っても、それに係る費用は別に算定できない。』(平成26年3月5日付け厚生労働省通知保医発0305第3号)と定められていますのでご留意願います。』

<補正・査定後内容>

※1: 増減点事由記号(A~K)に応じた増減点事由を印字します。

※2: 審査結果の具体的な理由を可能な限り印字します。

備考

記号凡例 (増減点箇所)	増減点事由 (診療内容に関するもの)	2 事務上に関するもの	(補正・査定後内容) 修正内容
11 初診 12 再診 13 医学管理 14 在宅 21 内服 22 外用 24 調剤 25 処方 26 検査 27 投薬 28 投薬その他	90 入院基本料 92 特定入院料・その他 97 食事・生活療養 標準負担額 合計 (療養の給付 合計) 食費 (食事療養 合計) 集計 (集計済み)	A 療養担当規則等に照らし、医学的に適否と認められないもの B 療養担当規則等に照らし、医学的に適期・重複と認められるもの C 療養担当規則等に照らし、A・B以外の医学的理由により適期と認められないもの 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	(請求・査定後内容) 修正内容 当該月にわたるレセプトの通算点検により補正・査定された内容 入外点検 入院と入院外レセプトの通算点検により補正・査定された内容

○ 再審査等支払調整額通知票(補正・査定分)(機械様式第101号)

(機械様式第101号)

再審査等支払調整額通知票 (補正・査定分) ページ 1

医療機関等コード: * * * * * 御中

医療機関等名: 御中

点数表: 1 診療科: * *

社会保険診療報酬支払基金〇〇支部

平成28年1月診療分において、下記のとおり再審査等に係る調整をしましたので通知いたします。

診療年月 区分	保険者番号 (継承前) 受給者番号 主保険者	患者氏名 カルテ番号 生年月日 整理番号	調整金額 日数 点数 一部負担金	調整支給額 回数 基準額 標準負担額	増減点 項目、事由 (請求番号)	増減点内容		備考
						請求内容	補正・査定後内容	
2712 本入	* * * * *	* * * * *	- * * * *		60 D B-V	【請求理由】100060 診療内容に関するもの	12 X 1 ※1 ※2 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 審査結果の理由等: 『同日に悪性腫瘍特異物質治療管理料とB-Vが算定されています。悪性腫瘍特異物質治療管理料には、腫瘍マーカー検査、当該検査に係る採血及び当該検査の結果に基づく治療管理に係る費用が含まれるものであり、1月のうち2回以上腫瘍マーカー検査を行っても、それに係る費用は別に算定できない。』(平成26年3月5日付け厚生労働省通知保医発0305第3号)と定められていますのでご留意願います。』	

<補正・査定後内容>

※1: 増減点事由記号(A~K)に応じた増減点事由を印字します。

※2: 審査結果の具体的な理由を可能な限り印字します。

件数: 合計調整金額: 合計調整支給額: 備考欄の数字は以下のとおりです。
1: 保険者「42-13-6010」は、70歳代前半の被保険者等に係る一部負担金等の軽減特例措置の金額を表示しています。

本帳票に印字しているレセプトについては、保険者等から電子レセプトにより再審査請求されたものです。