

12. 国保連合会から送付する各種帳票の見方等について

(1) 各種帳票の見方

① 増減点並びに返戻連絡書

本月請求の診療(調剤)報酬請求書の審査結果は、次のとおりでありますのでご連絡致します。なお、これに
 対して異議がありましたら再審査の申請書に当該分の理由をご記入の上、翌月25日までに本会へ送付下さい。
 また、諸用紙については、県三師会、郡市医師会、支部、保険者並びに本会に用意してあります。

神奈川県国民健康保険診療報酬審査委員会
 平成 年 月 日

< 増減 >

保険種別・給付割合等		審査	事務	計	
一 般 保 険 者	7 割 入院				
	入院外				
	8 割 入院				
	入院外				
	9 割 入院				
	入院外				
	10 割 入院				
	入院外				
	食事・生活療養				
	本人				
退 職 者	入院				
	食事・生活療養				
	入院				
家 族	入院				
	食事・生活療養				
	入院				
後期高齢者	入院				
	食事・生活療養				
	入院				
老人保健	入院				
	食事・生活療養				
	入院				
薬剤一部負担					
合計					

< 返戻 >
件

増減点並びに返戻連絡書

点数表	府県	機関番号
-----	----	------

保険医療機関 所在地 名称	様
---------------------	---

②返戻符せん（医科）

平成 22 年 月 審査分返戻付せん（医科）

神奈川県国保診療報酬審査委員会

この明細書につきましては、下記○印の事項について、調査又は説明をお願いしたいので、一応返戻いたします。再提出の場合は、この付せんに添付のまま次月分の請求の中に入れてご提出願います。

記

- | | |
|---------------------------|--------|
| 1. 傷病名、兼症、生年月、診療開始日、実日数。 | 必要理由 |
| 2. 初診料、再診料、外来診療料、転帰。 | 点数算定根拠 |
| 3. 時間外、休日、深夜、その他加算() | につき再調 |
| 4. 在宅医療。(訪問診療・療養指導管理・その他) | につき注記 |
| 5. 医学管理等。() | につき注記 |
| 6. 投薬料、内服、屯服、外用薬、投与回数。 | につき注記 |
| 7. 注射料、使用量、規格、単位。 | につき注記 |
| 8. 「 」の投与又は注射。 | |
| 9. 処置料。 | |
| 10. 手術料。 | |
| 11. 麻酔料。 | |
| 12. 検査料。 | |
| 13. 画像診断料。 | |
| 14. リハビリテーション料。 | |
| 15. 精神科専門療養料。 | |
| 16. 入院料。 | |
| 17. 入院時食事療養費。 | |
| 18. その他。 | |

23

理由説明については明細書に記入願います

← 返戻事由番号 23 について

審査委員会による診療内容照会

区 分 平成 年 月 審査分返戻付せん

神奈川県国民健康保険診療報酬審査委員会

この明細書につきましては、下記○印事項が不備につき返戻いたします。再提出の場合は、この付せんに添付のまま次月分の請求の中に入れてご請求願います。

- | | |
|---|-----------|
| 1. 被保険者証の記号、番号 | |
| 2. 市町村番号、公費負担者番号(1・2)、保険者番号 | につき再調 |
| 3. 受給者番号、生年月日 | |
| 4. 傷病名、診療月、診療開始日 | の記載もれ |
| 5. 初診、再診、診療実日数 | |
| 6. 指導管理()、在宅() | の不一致につき再調 |
| 7. 診療情報提供料、傷病手当金意見書交付料、算定日 | 点数算出不明 |
| 8. 入院料、入院時医学管理料、外泊日、入院日 | |
| 9. 一部負担金 | |
| 10. 食事療養、日数、標準負担額 | |
| 11. 他保険者()に混入 | |
| 12. 請求書と明細書の保険種別・給付割合・特記事項の不一致
(請求書、明細書で請求されています。) | |
| 13. 支払額0円のため請求の必要がありません。 | |
| 14. 病院又は診療所の所在地及び名称、保険医の氏名 | |
| 15. 処方月日、調剤月日、調剤日と処方せん受付回数 | |
| 16. 申し出による請求取り下げ | |
| 17. その他 | |

係 員

21 22 24

← 返戻事由番号 21 22 24 について

- 21 1～10 までの事務内容照会
- 22 11 の請求書の保険者と相違した保険者の明細書が混入した時
- 24 12～17 までの事務内容照会

◎診療報酬明細書の再提出について

再提出となる明細書

- 1 事務審査による返戻分
- 2 審査委員会による返戻分
- 3 再審査による返戻分
- 4 過誤による返戻分
- 5 医療機関による取り下げ依頼分

※ 返戻内容等を確認後、訂正等行い例月提出の診療報酬明細書の中に含め請求してください。

(歯科)

平成 年 月 審査分返戻付せん (歯科)

神奈川県国保診療報酬審査委員会

◎ 再提出の際は次月の請求に加算し本付せを添付したまま願います。

なお、この照会に対する理由説明は診療報酬明細書の該当欄に記載願います。

記

- | | |
|---------------|------------------|
| 1 病名もれ | 4 摘要欄又はその他欄の記載もれ |
| 2 病名と処置内容不一致 | 5 病名等の重複 |
| 3 実日数と処置回数的一致 | 6 その他 |

23

← 返戻事由番号 23 について

審査委員会による診療内容照会

区分

平成 年 月 審査分返戻付せん (歯科)

神奈川県国民健康保険診療報酬審査委員会

この明細書につきましては、下記○印事項が不備につき返戻いたします。再提出の場合は、この付せを添付のまま次月分の請求の中に含めてご請求願います。

- 被保険者証の記号、番号、保険者番号
氏名、生年月日、公費1・2 (負担者番号、受給者番号、対象点数)、
老健・〔 〕 (市町村番号、受給者番号)、一部負担金、患者負担額
- 傷病名、部位、診療月、診療開始日
- 初診、再診、診療実日数 につき再調
- 指導管理、在宅 () の記載もれ
- (内・頓・外・注、特定薬剤、麻酔) 薬剤名、規格・単位、回数
- 傷病名、部位、歯数と X線、検査、処置、手術、歯冠修復、欠損補綴 の不一致につき再調
- 入院料、日数、外泊日、入院日、食事療養、標準負担額 点数算出不明
- 他保険者 () に混入
- 請求書と明細書の保険種別・給付割合・特記事項の不一致 (請求書、明細書 で請求されています。)
- 申し出による請求取り下げ
- その他

係員

21 22 24

← 返戻事由番号 21 22 24 について

21 1～7までの事務内容照会

22 8の請求書の保険者と相違した保険者の明細書が混入した時

24 9～11までの事務内容照会

◎診療報酬明細書の再提出について

再提出となる明細書

- 事務審査による返戻分
- 審査委員会による返戻分
- 再審査による返戻分
- 過誤による返戻分
- 医療機関による取り下げ依頼分

※ 返戻内容等を確認後、訂正等行い例月提出の診療報酬明細書の中に含め請求してください。

(調剤)

調剤 返 戻 付 せ ん

神奈川県国保診療報酬審査委員会

平成 年 月 審査分

この明細書につきましては、下記○印の事項について、調査又は説明をお願いしたいので、一応返戻いたします。再提出の場合は、この付せんと添付のまま次月分の請求の中に含めてご提出願います。

記

1. 一包化薬の算定につき再調。
2. 一包化薬を算定していますので、過算定になっている調剤料等があります。
3. 時間外加算、休日加算、深夜加算、夜間・休日等加算につき再調。
4. 計量混合加算、嚥下困難者用製剤加算、自家製剤加算につき再調。
5. () の分量、服用法につき再調。
6. 麻薬、小売業者免許番号につき再調。
7. 適用外使用につき再調。
8. その他

23

理由説明については**明細書**に記載願います

← 返戻事由番号 **23** について

審査委員会による診療内容照会

区分

平成 年 月 審査分返戻付せん

神奈川県国民健康保険診療報酬審査委員会

この明細書につきましては、下記○印事項が不備につき返戻いたします。再提出の場合は、この付せんと添付のまま次月分の請求の中に含めてご請求願います。

1. 被保険者証の記号、番号
2. 市町村番号、公費負担者番号(1・2)、保険者番号 につき再調
3. 受給者番号、生年月日
4. 傷病名、診療月、診療開始日 の記載もれ
5. 初診、再診、診療実日数
6. 指導管理()、在宅() の不一致につき再調
7. 診療情報提供料、傷病手当金意見書交付料、算定日
8. 入院料、入院時医学管理料、外泊日、入院日 点数算出不明
9. 一部負担金
10. 食事療養、日数、標準負担額
11. 他保険者()に混入
12. 請求書と明細書の保険種別・給付割合・特記事項の不一致
(請求書、明細書で請求されています。) 係 員
13. 支払額0円のため請求の必要がありません。
14. 病院又は診療所の所在地及び名称、保険医の氏名
15. 処方月日、調剤月日、調剤日と処方せん受付回数
16. 申し出による請求取り下げ
17. その他

21 22 24

← 返戻事由番号 **21** **22** **24** について

21 1～10 までの事務内容照会

22 11 の請求書の保険者と相違した保険者
明細書が混入した時事務内容照会

24 12～17 までの事務内容照会

◎診療報酬明細書の再提出について

再提出となる明細書

- 1 事務審査による返戻分
- 2 審査委員会による返戻分
- 3 再審査による返戻分
- 4 過誤による返戻分
- 5 医療機関による取り下げ依頼分

※ 返戻内容等を確認後、訂正等行い例月提出の診療報酬明細書の中に含め請求してください。

平成 年 月 分公費負担医療過誤調整結果通知書 (医療機関用)

至療機関コード 至療機関名

区分

Main table with columns for patient information (Name, Birth Date, Sex, etc.), medical details (Diagnosis, Treatment, etc.), and financial breakdown (Insurance Type, Amount, etc.).

Summary table with columns for '請求項目' (Billing Item) and '金額' (Amount), listing various medical services and their corresponding costs.

上記に療費の給付分、下段に療費、生活療養費等を明示しております。
本表・生活療養費等の互換には、金額を明示しております。
入外...人：入院 外：外傷
病類...病：通常病類 長：長期病類 併：通常病類+長期病類
病名...病：減額 免：免除 他：他
病類表...医：医科 療：療科 調：調科 研：研科 助：助産科
任意...○：任意給付あり

④再審査結果通知書兼過誤通知書

再審査結果通知書兼過誤通知書 (保険者申請・一般・県内)

神奈川県国民健康保険診療報酬審査委員長

平成 年 月 日

点数表	府県	機関番号
②		③

保険医療機関	おところ
	①
	おなまえ
	様

区	区分	件数	点数	点数	金額	金額
国保	入院外					
	入院外					
	薬剤一部負担金					
退職	食事・生活療養					
	入院外					
	入院外					
老人保健	薬剤一部負担金					
	食事・生活療養					
	入院					
公費	入院外					
	入院外					
	薬剤一部負担金					
合計	食事・生活療養					
	入院					
	入院外					
合計	薬剤一部負担金					
	食事・生活療養					
	入院					
合計	入院外					
	薬剤一部負担金					
	食事・生活療養					
総計						

区分		調整金額
国保	入院外	
退職	入院外	
老健	入院外	
合計	入院外	
総計		

※合計欄の公費点数及び各被保険者欄の公費点数は、保険点数に対して、再掲で表示しています。また、三者併用の場合、第二公費が公費の負担番号欄に、第二公費は市町村番号欄に印字されます。

()

再審査結果通知書兼過誤通知書（保険者申請・一般・県内・原審以外）

神奈川県国民健康保険診療報酬審査委員長
平成 年 月 日

点数表	府県	機関番号
②		③

さきに保険者より申請のありました再審査につき決定いたしましたので、通知申し上げます。

診療年月	種類 給付 特記 診療科	被保険者名				再審査結果番号	当初決定点数(点)			再審査結果事由	査定内容
		保険者番号	市町村番号	公費負担者番号①	被保険者番号		再審査決定点数(点)	再審査増減点数(点)	再審査増減点数(点)		
⑤	⑥ ⑦ ⑧	④	⑧	⑨	⑩ ⑪ ⑫	⑬	⑭	⑮			⑮

(凡例)
○再審査結果番号 保険者申請 01:原審 02:申出通り 03:一部申出通り 04:返戻 医療機関申請 11:原審 12:復活 13:一部復活 14:返戻
○再審査結果事由番号 医科 1.診療料に関するもの 2.医学管理・在宅等に関するもの 3.投薬料に関するもの 4.注射料に関するもの 5.処置料に関するもの 6.手術料に関するもの 7.検査料に関するもの 8.画像診断料に関するもの
9.リハビリテーションに関するもの 10.入院料に関するもの 11.医師調剤処方に係るもの 12.その他 13.食事・生活救急に関するもの 14.薬剤一部負担金に関するもの
歯科 1.診療料に関するもの 2.医学管理・在宅等に関するもの 3.投薬料に関するもの 4.注射料に関するもの 5.調剤調剤に関するもの 6.検査料に関するもの 7.処置・手術に関するもの 8.麻酔料に関するもの
9.印家・嚙冠形成等に関するもの 10.充填・矯正歯冠修復等に関するもの 11.ボンディング・有床義歯・義歯調整に関するもの 12.その他 13.食事・生活救急に関するもの 14.薬剤一部負担金に関するもの

前頁の再審査結果通知書兼過誤通知書の説明

- ① 保険医療機関の所在地及び名称
- ② 点数表
- ③ 保険医療機関番号
- ④ 保険者番号・市町村番号
- ⑤ 当該明細書の診療年月
- ⑥ 当該明細書の種類（制度及び食事（食事療養）を記入）
- ⑦ 当該明細書の給付割合
- ⑧ 当該明細書の公費負担者番号
- ⑨ 当該明細書の被保険者名・被保険者証の記号番号・受給者番号
- ⑩ 当該明細書の当初決定点数・当初決定薬剤負担額
（ただし、種類に食事と記入のある場合は当初決定食事療養金額）
- ⑪ 当該明細書の再審査確定点数・再審査薬剤負担額
（ただし、種類に食事と記入のある場合は再審査決定食事療養金額）
- ⑫ 当該明細書の再審査増減点数
（ただし、種類に食事と記入のある場合は再審査増減食事療養金額）
- ⑬ 当該明細書の再審査結果番号
- ⑭ 当該明細書の再審査結果事由番号（最大3個まで）
- ⑮ 当該明細書の再審査増減内訳

⑤支払通知書

診療(調剤)報酬支払通知書

横浜中央局
料金後納
郵便

郵便はがき

(おところ)

(おなまえ)

様

(整理番号) () ()

診療(調剤)報酬支払通知書

平成 年 月 診療分 診療(調剤)報酬及び
福祉医療費(医保分)の支払額をお知らせいたします。

重 要

この通知は所得税等の申告に必要となりますので、
ご確認の上、大切に保存願います。

矢印の方向にゆっくりはがしてご覧下さい。

「圧着葉書」の記載上の留意点

- ①後期高齢者医療は、診療費区分に「後期」と表示します。
- ②診療費区分「国保」の県内分「保険者別」、県外分「県単位」の表示を、合算して「国保」と表示します。
- ③診療費区分「公費」の「法制別」の表示を、合算して「公費」と表示します。指定公費は「公費」に合算して表示します。
- ④集計誤差は、各制度単位に合算して表示します。

〒220-0003 横浜市西区楠町27番地1
神奈川県国民健康保険団体連合会

支払額等のご照会は、
本会各担当まで平日の午前8:30~午後5:15に願います。

★診療報酬(国保・退職・後期・老健・公費)
電話045-329-3427(支払調整班)

★福祉医療(医保分)
電話045-329-3415(福祉担当)

(医療機関)	被 振 込 銀 行	振 込 日	神奈川県国民健康保険団体連合会			
平成 年 月 診療分	支 店	振 込 日	国保・公費	後・老・退・等福祉		

区 分	件 数	日 数	点 数(食事・生活療養金額)	決 定 額	集 計 誤 差
国 保					
(食事・生活)					
退 職					
(食事・生活)					
後 期					
(食事・生活)					
老 健					
(食事・生活)					
公 費					
(食事・生活)					
親・乳等					
(食事・生活)					
福 祉					
(食事・生活)					

区 分	決 定 額	通 誤 調 整 額	端 数 整 理 額	支 払 確 定 額	未 調 整 通 誤 額
国 保					
診 療 費					
食 事・生 活					
公 費					
診 療 費 等					
食 事・生 活					
合 計					
後 期					
診 療 費					
食 事・生 活					
老 健					
診 療 費					
食 事・生 活					
退 職					
診 療 費					
食 事・生 活					
等					
福 祉					
診 療 費 等					
食 事・生 活					
合 計					

⑥調整額連絡書

平成 年 月 調整額連絡書

神奈川県国民健康保険団体連合会

作成日 平成 年 月 日

点数表	府県	機関番号
1	14	

おとこ 保険医療機関 おなまえ	様
-----------------------	---

区分		調整金額
国保		
退職		
老健		
国退老		
国退老公費		
国退老小計		
後期		
後期高齢		
後期公費		
後期小計		
総合計		
過誤 当月分合計		

再審査		調整金額
国保		
退職		
老健		
公費		
後期高齢		
合計		
当月分合計		

前月繰越額	
支払調整額	
未調整額	

※上記金額を平成 年 月 診療分の支払額から調整しましたのでご連絡致します。
なお、内訳につきましては同封の過誤通知書をご覧ください。

(2) 再審査申し出について

神奈川県国民健康保険診療報酬審査委員会 御中

【保険医療機関控】
①

申請理由書

平成 ⑤年 月 日

細 (様式第7号-2-2)

② 医科 歯科 調剤 その他		③ 平成 年 月分		④ 都道府県番号 医療機関コード		1 社・国 2 公費 3 後 4 退職		1 単 2 2 3 3 併 3 併		1 本 3 六 5 家 入 入		2 本 4 六 6 家 外 外		7 高 8 外 9 高 0 入 8 外 7 7	
⑥		⑦		⑧		⑨		⑩		⑪		⑫		⑬	
公費負担者番号①		公費負担者番号②		公費負担医療の受給者番号①		公費負担医療の受給者番号②		保険者番号		被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号		給付割合		10 9 8	
氏名		特記事項		1男 2女 1明 2大 3昭 4平 . . . 生		職務上の事由		1職務上 2下船後3月以内 ⑪ 通勤災害		⑩ 保険医療機関の所在地及び名称		(床)			
増減点並びに返戻連絡書		再審査結果通知書兼過誤通知書		の日付		平成 年 月 日		診療科		診療実日数		当初請求点数		⑭	
減点内訳		⑬										減点点数		点	
申し出の理由														⑮	

- ◎再審査の申し出については、通知が届いてから6カ月以内に提出されるようお願い致します。なお、再々審査については認められません。
- ◎申請にあたっては、該当明細書を保険者・市町村に借用する関係上、確定するまでの間4ヵ月程度かかりますので、ご了承願います。
- 注 (1) 提出される年月日を記入して下さい。
- (2) 該当する点数表に○印をして下さい。
- (3) 審査結果通知の日付 (○年○月○日付) を記入して下さい。
- (4) 申請理由書は、3枚複写となっておりますので、1枚目【保険医療機関控】は、当該保険医療機関の控えとして保管願います。

①申請理由書の記載要領

- ① 提出される年月日を記入。
- ② 該当する点数表を○印で囲む。
- ③ 該当診療報酬明細書の診療年月を記入。
- ④ 該当診療報酬明細書の保険医療機関コード番号を記入。
- ⑤ 該当診療報酬明細書と一致する箇所を○印で囲む。
- ⑥ 該当診療報酬明細書の該当市町村番号・公費負担者番号・受給者番号を記入。
- ⑦ 該当診療報酬明細書の該当保険者番号・被保険者証番号・各種手帳等の記号番号を記入。
- ⑧ 該当診療報酬明細書の給付割合を○印で囲む。
- ⑨ 該当診療報酬明細書の氏名・性別・生年月・特記事項を記入。
- ⑩ 保険医療機関の所在地及び名称を記入。
- ⑪ 増減点並びに返戻連絡書又は、再審査結果通知兼過誤通知書のどちらの通知であったかを○印で囲み、その日付を記入。
- ⑫ 旧総合病院における該当診療報酬明細書の診療科を記入。
- ⑬ 該当診療報酬明細書の査定された減点内訳の内、申請する減点内容を記入。
- ⑭ 該当診療報酬明細書の診療実日数・当初請求点数・申請する減点点数を記入。
- ⑮ 該当診療報酬明細書の再審査申請理由を具体的に記入。