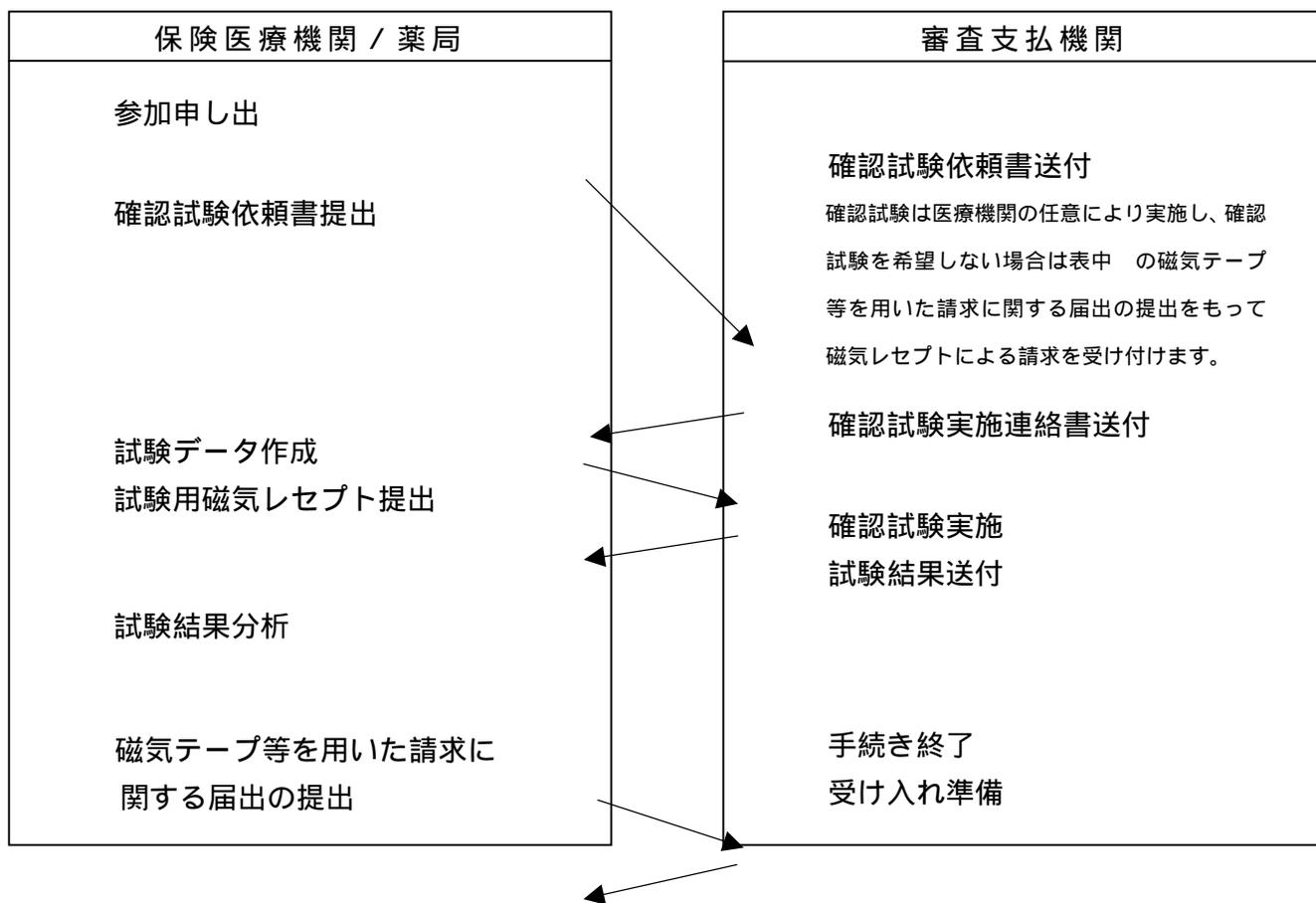


13. レセプト電算（磁気レセプト）請求の取扱い

<p>Q 1 レセプト電算移行に伴う問い合わせ等は、連合会のどちらの担当の方に問い合わせたらいいのでしょうか。</p>	<p>A 1 受付方法に関する質問は審査第 2 部第 1 課、その他電算処理内容については企画事業部情報システム課になります。</p>
<p>Q 2 磁気レセプトを連合会に直接持参する場合、どのように提出すればよいのでしょうか。</p>	<p>A 2 搬入の途中で、磁気汚染・破損等がないように磁気保護ケースでの搬入をお願いしております。磁気レセプトに関しても総括票は必須となりますので併せて提出していただきます。なお、調剤につきましては、処方箋の写しも提出していただきます。提出の効率化を図るため複数医療機関を提出の際は、提出書類と FD 等を医療機関ごとにまとめて提出してください。</p>
<p>Q 3 郵送で磁気レセプトを連合会に郵送する場合、どのように送ればよいのでしょうか。</p>	<p>A 3 搬入の過程上、磁気汚染・破損等がないように磁気保護ケースでの郵送をお願いいたします。なお、封筒等に朱書きで「磁気レセプト在中」と明記してください。</p>
<p>Q 4 磁気レセプトの受付はどこの保険者でも行っているのでしょうか。</p>	<p>A 4 P 5 の保険者受付をしている保険者で受付しています（詳細につきましては各保険者にお問い合わせください）。</p>
<p>Q 5 磁気レセプトによる請求に対する請求書（若草色用紙）の提出は必要ですか。</p>	<p>A 5 不要です（紙による返戻明細書の再請求分は除く）。</p>
<p>Q 6 返戻明細書の再請求分はどのように請求するのですか。</p>	<p>A 6 再請求等は、磁気レセプトによる請求はしないで紙で提出してください。</p>
<p>Q 7 磁気レセプトによる請求の場合、受領書（総括票）の記載の仕方を教えてください。</p>	<p>A 7 受領書（総括票）につきましては、各項目について磁気レセプト記録分と返戻明細書の再請求分を合算して記入してください。</p>
<p>Q 8 磁気レセプトによる福祉医療費の医保（社会保険分）請求についてはどうすればよいのでしょうか。</p>	<p>A 8 磁気レセプトに入力せずに、所定の用紙にて請求してください。</p>

<p>Q 9 磁気レセプトによる特別療養費（資格証明書世帯）の提出方法はどのようにすればいいのでしょうか。</p>	<p>A 9 特別療養費（資格証明書世帯）については所定（紙レセプト）の取扱とし、磁気レセプトには記録しないでください。（P43を参照ください。）</p>
<p>Q 1 0 調剤による処方箋の写しなどの提出方法を教えてください。</p>	<p>A 1 0 磁気レセプト提出時に一緒に提出して下さい。また、その際には「処方箋（写）提出票」に必要事項を記載の上添付して下さい。</p>

磁気レセプトによる請求を開始するまでの手続き



補足

- “ 確認試験依頼書提出 ”
試験実施を希望する月の前月 20 日までに提出して下さい。
- “ 試験データ作成 試験用磁気レセプト提出 ”
試験実施月の 10 日までに提出して下さい。
 この磁気レセプトはあくまで試験用ですので、この月の実際の診療報酬の請求とは別にご用意ください。
- “ 確認試験実施 試験結果送付 ”
 試験終了後、直ちに送付します。送付するものは以下の通りです。
- ・ 審査用出力紙レセプト（エラー分のみ）
 - ・ 各種帳票類（エラーリスト等）
 - ・ 確認試験用磁気レセプト（返却分）
 - ・ 磁気テープ等を用いた請求に関する届出（ブランク用紙）
 - ・ 確認試験依頼書（ブランク用紙） 再試験用
- “ 磁気テープ等を用いた請求に関する届出の提出 ”
請求開始を希望する月の前月 20 日までに提出して下さい。
 この届出をもって手続きを終了し、希望する月から磁気レセプトによる請求を開始します。

なお、磁気レセプトによる請求開始年月を記載する項目については、実際に診療報酬の請求として磁気レセプトを審査支払機関に提出する月を記載して下さい（診療年月ではありません）。

例．平成 14 年 3 月診療分で翌月 4 月 10 日までに診療報酬の請求（提出）をする分から開始する場合
 「平成 14 年 4 月請求分より開始」

[別添1]

磁気テープ等を用いた請求に関する届出

電子計算機を使用して厚生労働大臣の定める方式に従って記録した厚生労働大臣の定める規格に適合する磁気テープ等を用いた請求を^{開始}中止^{変更}することに関し、「療費の給付、老人医療及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令」の規定に基づき届け出ます。

平成 年 月 日

(審査支払機関名) 御中 開設者 住所
氏名 ⑨

点数表区分	医科	医療機関コード						電話番号	()
保険医療機関名								郵便番号	
保険医療機関所在地									
機種名	(メーカー名)								
プログラム名称	(メーカー名)								
ハード、ソフト一体型の名称	(メーカー名)								
プログラム作成者	氏名又は名称 (代表者氏名)								
	住所								
請求開始・中止・変更年月	平成 年 月請求分から		磁気媒体 (記録形式)					受付印	
(摘要)			(JIS 固定項目長形式) MT FD3.5 インチ	(MS-DOS 固定項目長形式) MO3.5 インチ	(MS-DOS-CSV形式) MO3.5 インチ FD3.5 インチ				

作成要領

- 1 この様式は、磁気テープ等を用いた請求を開始、中止又は変更しようとするとき、保険医療機関の所在する審査支払機関に提出するものとする。
- 2 磁気テープ等を用いた請求を開始、中止又は変更しようとするとき、その別を○で囲むものとする。
- 3 「医療機関コード」、「保険医療機関名」、「電話番号」、「保険医療機関所在地」及び「郵便番号」欄については、保険医療機関届で届け出た記載内容を記入するものとする。
- 4 「機種名」欄については、ハード（電算機本体）の機種名（シリーズ名等）及びメーカー名を記入するものとする。
(注) ハード、ソフト一体型の場合は、記入の必要はないものとする。
- 5 「プログラム名称」欄については、ソフトの名称及びメーカー名を記入するものとする。
(注) ハード、ソフト一体型の場合は、記入の必要はないものとする。
- 6 「ハード、ソフト一体型の名称」欄については、ハードに計算処理を行うソフトが組み込まれた状態で販売されている製品であって、そのソフト部分を使用者が変更できないものをいい、機種名（シリーズ名等）及びメーカー名を記入するものとする。
- 7 「プログラム作成者」欄については、当該プログラムの作成者の氏名又は名称及び住所並びに法人にあってはその代表者の氏名を記入するものとする。
- 8 「請求開始・中止・変更年月」欄については、磁気テープ等を用いた請求を開始、中止又は変更しようとするときに、診療報酬の請求年月を記入するものとする。
- 9 「磁気媒体（記録形式）」欄については、使用する媒体の種類を○で囲むものとする。

[別添2]

平成 年 月 日

(審査支払機関名) 御中

開設者 住所
氏名

磁気レセプト確認試験依頼書

磁気テープ等を用いた請求を開始するにあたり、確認試験を受けたいので次のとおり依頼します。

依頼回数	新規・回目	医療機関コード								
保険医療機関名						電話番号				
保険医療機関所在地		〒								
メーカー名		機種名								
磁気媒体	(JIS / 固定項目長形式) MT FD 3.5 インチ	(MS-DOS / 固定項目長形式) MO3.5 インチ	(MS-DOS / CSV 形式) MO3.5 インチ FD3.5 インチ	見込件数	入院外来					

注) 本依頼書の提出期日は確認試験を実施する月の前月 20 日までとする。

.....キ・リ・ト・リ・セ・ン.....

平成 年 月 日

(保険医療機関名) 御中

(審査支払機関名)

磁気レセプト確認試験実施連絡書

平成 年 月 日にご依頼のありました確認試験につきましては、次により実施いたします。なお、ご提出いただく磁気媒体の貼付ラベルの余白に「試験用」と朱記されますようお願いいたします。

- 1 磁気レセプトの提出期日 月 日まで
- 2 磁気レセプトの提出先 (審査支払機関名)
- 3 確認試験の実施予定日 月 日
- 4 試験結果のリスト等の発送予定日 月 日
- 5 その他

「磁気テープ等を用いた請求に関する届出」を提出する場合は、磁気レセプトでの請求を開始する月の前月 20 日までをお願いいたします。

平成 年 月 日

(保険医療機関名) 御中

(審査支払機関名)

磁気レセプト確認試験結果連絡書

先にご依頼のありました確認試験の結果につきましては、下記のとおり資料を送付いたします。

この資料内容をご検討のうえ、「磁気テープ等を用いた請求に関する届出」を提出する場合は、磁気レセプトでの請求を開始する月の前月 20 日までをお願いします。

なお、再試験を希望される方は、再度「磁気レセプト確認試験依頼書」をご提出下さい。

記

- 1 審査用出力紙レセプト
- 2 受付エラー連絡表
- 3 確認試験結果リスト
- 4 試験済磁気レセプト

磁気媒体の貼付ラベル

(JIS/固定項目長形式)

(MT用)	(記録密度) B P I	(医療機関コード)	支 払 基 金 ・ 国 保 連
		(保険医療機関名称)	
	(提出年月日) 年 月 日	(診療月分) 年 月分	(MT巻数) 巻中 巻目

(FD用)	医療機関コード 保険医療機関名称 診療月分 年 月分 提出年月日 年 月 日 F D 枚数 枚中 枚目	支 払 基 金 . 国 保 連
-------	--	-----------------------

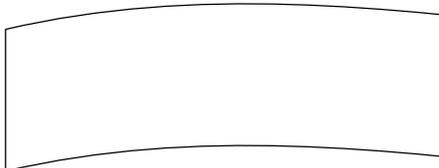
(MS-DOS/固定項目長形式)

(MO用)	(MS-DOS/固定項目長) 医療機関コード 保険医療機関名称 診療月分 年 月分 提出年月日 年 月 日 媒体枚数 枚中 枚目	支 払 基 金 . 国 保 連
-------	--	-----------------------

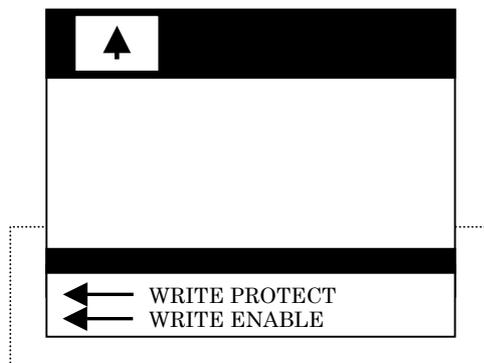
(MS-DOS/CSV形式)

(MO・FD用)	(MS-DOS/CSV) 医療機関コード 保険医療機関名称 診療月分 年 月分 提出年月日 年 月 日 媒体枚数 枚中 枚目	支 払 基 金 . 国 保 連
----------	--	-----------------------

(MT)



(3.5インチ)



↑
折り返し部分を切り取って使用する。

症状経過及び日計表等に係る提出状況

NO.....

平成 年 月 日提出

神奈川県国民健康保険団体連合会 行

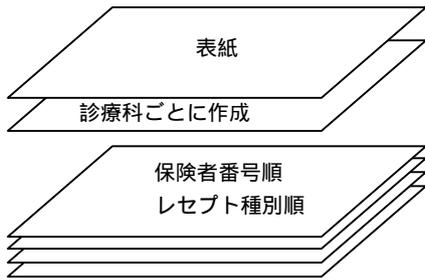
保険医療機関番号	
保険医療機関名称	

	診療月	保険者番号	患者氏名	保険制度	診療科	請求点数	備考
1	/			国・退・老			症・日・そ
2	/			国・退・老			症・日・そ
3	/			国・退・老			症・日・そ
4	/			国・退・老			症・日・そ
5	/			国・退・老			症・日・そ
6	/			国・退・老			症・日・そ
7	/			国・退・老			症・日・そ
8	/			国・退・老			症・日・そ
9	/			国・退・老			症・日・そ
10	/			国・退・老			症・日・そ
11	/			国・退・老			症・日・そ
12	/			国・退・老			症・日・そ
13	/			国・退・老			症・日・そ
14	/			国・退・老			症・日・そ
15	/			国・退・老			症・日・そ
16	/			国・退・老			症・日・そ
17	/			国・退・老			症・日・そ
18	/			国・退・老			症・日・そ
19	/			国・退・老			症・日・そ
20	/			国・退・老			症・日・そ

【註】 備考には、症状経過・日計表及びその他等該当に○印をして下さい。

国保連合会受付印

症状詳記等の編綴方法



症状詳記等は各診療科ごとに編綴してください。
また、それぞれの先頭に表紙（「症状経過及び日計表等に係る提出状況」）を添付し、各項目に必ず記入してください。

レセプト1件に対して症状詳記等が複数枚ある場合はそれらを糊付け等してまとめてください。

保険者番号順

保険者番号 010025 ~ 140038 ~ 470542 を昇順に

レセプト種別順

数字は並び順

国保 国保	1	公費2併用・入院	退職 本人	25	公費2併用・入院	老健 8割	55	公費2併用・入院
	2	公費併用・入院		26	公費併用・入院		56	公費併用・入院
	3	単独・入院		27	単独・入院		57	単独・入院
	4	公費2併用・入院外		28	公費2併用・入院外		58	公費2併用・入院外
	5	公費併用・入院外		29	公費併用・入院外		59	公費併用・入院外
	6	単独・入院外		30	単独・入院外		60	単独・入院外
高齢者 8割	7	公費2併用・入院	高齢者 8割	31	公費2併用・入院	9割	61	公費2併用・入院
	8	公費併用・入院		32	公費併用・入院		62	公費併用・入院
	9	単独・入院		33	単独・入院		63	単独・入院
	10	公費2併用・入院外		34	公費2併用・入院外		64	公費2併用・入院外
	11	公費併用・入院外		35	公費併用・入院外		65	公費併用・入院外
	12	単独・入院外		36	単独・入院外		66	単独・入院外
高齢者 9割	13	公費2併用・入院	高齢者 9割	37	公費2併用・入院	10割	67	公費2併用・入院
	14	公費併用・入院		38	公費併用・入院		68	公費併用・入院
	15	単独・入院		39	単独・入院		69	単独・入院
	16	公費2併用・入院外		40	公費2併用・入院外		70	公費2併用・入院外
	17	公費併用・入院外		41	公費併用・入院外		71	公費併用・入院外
	18	単独・入院外		42	単独・入院外		72	単独・入院外
三歳未満	19	公費2併用・入院	家族	43	公費2併用・入院	三歳未満		
	20	公費併用・入院		44	公費併用・入院			
	21	単独・入院		45	単独・入院			
	22	公費2併用・入院外		46	公費2併用・入院外			
	23	公費併用・入院外		47	公費併用・入院外			
	24	単独・入院外		48	単独・入院外			
			三歳未満	49	公費2併用・入院			
				50	公費併用・入院			
				51	単独・入院			
				52	公費2併用・入院外			
				53	公費併用・入院外			
				54	単独・入院外			