

医療機関再審査等請求ファイルレイアウト

令和7年2月版

社会保険診療報酬支払基金
都道府県国民健康保険団体連合会

1 ファイルフォーマット

(1) 医療機関再審査等請求ファイルの作成単位

対象となるレセプト1件ごとに1ファイル作成する。

(2) ファイル名

「SAISINSAaYYYYMMDDbbbb. IRA」とする。

注 SAISINSA：ファイル識別（固定）

a：審査支払機関（1：社会保険診療報酬支払基金、2：国民健康保険団体連合会）を示す。

YYYYMMDD：作成年月日（西暦）を示す。

bbbb：通番（00001 から 99999）を示す。

IRA：拡張子を示す。

(3) 医療機関（薬局）情報レコード

ファイルの先頭（第一レコード）に作成し、再審査等請求を行う医療機関、薬局の情報を記録する。

(4) 請求レセプトレコード

ファイルの第二レコードに作成し、再審査等請求対象のレセプト情報を記録する。

(5) 減点情報レコード

ファイルの第三レコード以降に作成し、減点に係る情報を記録する。（記録がない場合は省略する。）

請求レセプトレコードの理由コードが「1：再審査」の場合に記録する。

(6) 請求理由レコード

ファイルの減点情報レコードの次に作成（減点情報レコードの記録がない場合は、請求レセプトレコードの次に作成）し、請求理由を記録する。（記録がない場合は省略する。）

(7) 再審査等請求書レコード

ファイルの最終レコードとして作成する。

2 レコードフォーマット

(1) 医療機関（薬局）情報レコード

項番	項 目 名		モード	最大 バイト	項目 形式	マイナス 編集	記 録 内 容	備考
1	レコード識別情報		数字	2	固定		“00”を記録する。	
2	審査支払機関		数字	1	固定		審査支払機関コード（1：社会保険診療報酬支払基金、2：国民健康保険団体連合会）を記録する。	
3	請求元医療機関 (薬局)	都道府県	数字	2	固定		保険医療機関、保険薬局が所在する都道府県コード（別表1）を記録する。	
4		点数表	数字	1	固定		点数表コード（別表2）を記録する。	
5		医療機関（薬局）コード	数字	7	固定		1 請求者が保険医療機関の場合は医療機関コードを記録する。 2 請求者が保険薬局の場合は薬局コードを記録する。	

(2) 請求レセプトレコード

項番	項 目 名		モード	最大 バイト	項目 形式	マイナス 編集	記 録 内 容	備考
1	レコード識別情報		数字	2	固定		“10”を記録する。	
2	理由コード		数字	1	固定		理由コード（1：再審査、2：取下げ）を記録する。	
3	取下げ理由コード		数字	1	可変		1 理由コードが「2：取下げ」の場合は、取下げ理由コード（別表3）を記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。	
4	再審査等対象種別コード		数字	1	固定		再審査等対象種別コード（別表4）を記録する。	
5	再 審 査 等 対 象 医 療 機 関 （ 薬 局 ）	都道府県	数字	2	固定		1 保険薬局からの突合点検・突合再審査の結果に対する再審査請求の場合は、再審査対象のレセプト（医科、DPC、歯科）の保険医療機関が所在する都道府県コード（別表1）を記録する。 2 その他の場合は、請求元医療機関の都道府県の都道府県コード（別表1）を記録する。	
6		点数表	数字	1	固定		1 保険薬局からの突合点検・突合再審査の結果に対する再審査請求の場合は、再審査対象のレセプト（医科、DPC、歯科）の点数表コード（別表2）を記録する。 2 その他の場合は、請求元医療機関の点数表の点数表コード（別表2）を記録する。	
7		医療機関（薬局）コード	数字	7	固定		1 保険薬局からの突合点検・突合再審査の結果に対する再審査請求の場合は、再審査対象のレセプト（医科、DPC、歯科）の医療機関コードを記録する。 2 その他の場合は、請求元医療機関の医療機関（薬局）の医療機関コード又は薬局コードを記録する。	
8	診療科		数字	2	可変		原請求時の診療科コード（別表5）を記録する。 なお、原請求時の診療科が以下の場合は、省略する。 ・診療科を記録していない ・診療科が不明 ・「別表5 診療科コード」に記載のない診療科	
9	薬 局 （ 突 合 点 検 ・ 突 合 再 審 査 ）	都道府県	数字	2	可変		1 突合点検・突合再審査の結果に対する再審査請求の場合は、再審査対象のレセプト（医科、DPC、歯科）に紐づく調剤レセプトの保険薬局が所在する都道府県コード（別表1）を記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。	
10		点数表	数字	1	可変		1 突合点検・突合再審査の結果に対する再審査請求の場合は、再審査対象のレセプト（医科、DPC、歯科）に紐づく調剤レセプトの点数表コード（別表2）を記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。	
11		薬局コード	数字	7	可変		1 突合再審査・突合点検の結果に対する再審査請求の場合は、再審査対象のレセプト（医科、DPC、歯科）に紐づく調剤レセプトの薬局コードを記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。	
12	診療年月		数字	5	固定		1 請求者が保険医療機関の場合、保険医療機関が審査支払機関に請求したレセプトの診療年月を和暦で年号区分コード（別表6）を含めた形で記録する。 2 請求者が保険薬局の場合、保険薬局が審査支払機関に請求したレセプトの調剤年月を和暦で年号区分コード（別表6）を含めた形で記録する。 3 年月を数字“GYMM”の形式で記録する。	注

項番	項 目 名	モード	最大 バイト	項目 形式	バイト 編集	記 録 内 容	備考
1 3	請求（調整）年月	数字	5	固定		1 一次審査の結果に対する再審査請求の場合は、保険医療機関又は保険薬局が審査支払機関に請求したレセプトの請求年月を和暦で年号区分コード（別表 6）を含めた形で記録する。 2 突合点検の結果に対する再審査請求の場合は、対象帳票（別表 7）の診療年月（調剤年月）の翌月を和暦で年号区分コード（別表 6）を含めた形で記録する。 3 突合再審査の結果に対する再審査請求の場合は、対象帳票（別表 7）の処理年月を和暦で年号区分コード（別表 6）を含めた形で記録する。 4 再審査の結果に対する再審査請求の場合は、対象帳票（別表 7）の調整診療年月を和暦で年号区分コード（別表 6）を含めた形で記録する。 5 取下げ請求の場合は、保険医療機関又は保険薬局が審査支払機関に請求したレセプトの請求年月を和暦で年号区分コード（別表 6）を含めた形で記録する。 6 年月を数字“GYMM”の形式で記録する。	注
1 4	明細書種別コード	数字	1	固定		明細書種別コード（別表 8）を記録する。	
1 5	明細書区分コード	数字	1	固定		明細書区分コード（別表 9）を記録する。	
1 6	保険者番号	英数	8	可変		1 医療保険単独、医療保険と公費負担医療の併用の場合は、保険医療機関又は保険薬局が審査支払機関に請求したレセプトの保険者番号を記録する。 2 保険者番号が 8 桁に満たない場合は、先頭から“スペース”を記録し、8 桁で記録する。 3 その他の場合は、記録を省略する。	
1 7	被保険者資格の記号	英数 又は 漢字	3 8	可変		1 医療保険単独、医療保険と公費負担医療の併用の場合は、保険医療機関又は保険薬局が審査支払機関に請求したレセプトの被保険者資格の記号を記録する。 2 英数モードと漢字モードの文字を混在して記録しない。 3 請求先が「社会保険診療報酬支払基金」の場合 英数モード：10 桁（10 バイト）以内で記録する。 漢字モード：10 桁（20 バイト）以内で記録する。 4 請求先が「国民健康保険団体連合会」の場合 英数モード：19 桁（19 バイト）以内で記録する。 漢字モード：19 桁（38 バイト）以内で記録する。 5 番号のみ設定されている場合は、記録を省略する。 6 その他の場合は、記録を省略する。	
1 8	被保険者資格の番号	英数 又は 漢字	3 8	可変		1 医療保険単独、医療保険と公費負担医療の併用の場合は、保険医療機関又は保険薬局が審査支払機関に請求したレセプトの被保険者資格の番号を記録する。 2 英数モードと漢字モードの文字を混在して記録しない。 3 請求先が「社会保険診療報酬支払基金」の場合 英数モード：12 桁（12 バイト）以内で記録する。 4 請求先が「国民健康保険団体連合会」の場合 英数モード：19 桁（19 バイト）以内で記録する。 漢字モード：19 桁（38 バイト）以内で記録する。 5 その他の場合は、記録を省略する。	

項番	項 目 名		モード	最大 バイト	項目 形式	マイナス 編集	記 録 内 容	備考
19	公費負担医療	負担者番号	英数	8	可変		1 公費負担医療単独、医療保険と公費負担医療の併用、公費負担医療と公費負担医療の併用の場合は、保険医療機関又は保険薬局が審査支払機関に請求したレセプトの公費負担医療の負担者番号を記録する。 2 公費負担医療が2種以上の併用の場合は、第1公費の公費負担医療の負担者番号を記録する。 3 その他の場合は、記録を省略する。	
20		受給者番号	数字	7	可変		1 公費負担医療単独、医療保険と公費負担医療の併用、公費負担医療と公費負担医療の併用の場合は、保険医療機関又は保険薬局が審査支払機関に請求したレセプトの公費負担医療の受給者番号を記録する。 2 公費負担医療が2種以上の併用の場合は、第1公費の公費負担医療の受給者番号を記録する。 3 受給者番号が7桁に満たない場合は、先頭から“0”を記録し、7桁で記録する。 4 その他の場合は、記録を省略する。	
21	患者氏名（カナ）		カナ	40	可変		1 患者氏名（半角カタカナ）を記録する。 2 姓と名の間に1文字分の“スペース”を記録する。 3 請求先が「社会保険診療報酬支払基金」の場合13バイト以内で記録する。 4 請求先が「国民健康保険団体連合会」の場合40バイト以内で記録する。	
22	患者氏名（漢字）		英数 又は 漢字	40	可変		1 患者氏名（漢字）を記録する。 2 姓と名の間に1文字分の“スペース”を記録する。 3 請求先が「社会保険診療報酬支払基金」の場合漢字モード：10桁（20バイト）以内で記録する。 4 請求先が「国民健康保険団体連合会」の場合英数モード：40桁（40バイト）以内で記録する。 漢字モード：20桁（40バイト）以内で記録する。 5 データのない場合は、記録を省略する。	
23	生年月日		数字	7	固定		1 保険医療機関又は保険薬局が審査支払機関に請求したレセプトの生年月日を和暦で年号区分コード（別表6）を含めた形で記録する。 2 年月日を数字“GYMMDD”の形式で記録する。	注
24	請求点数		数字	7	可変	有	保険医療機関、保険薬局が審査支払機関に請求したレセプトの点数を記録する。	
25	一部負担金		数字	6	可変	有	1 保険医療機関、保険薬局が審査支払機関に請求した一部負担金を記録する。 2 データのない場合は、記録を省略する。	
26	食事療養	請求金額	数字	6	可変		1 保険医療機関が審査支払機関に請求したレセプトの食事療養・生活療養の金額を記録する。 2 データのない場合は、記録を省略する。	
27		標準負担額	数字	5	可変		1 保険医療機関が審査支払機関に請求した食事療養の標準負担額を記録する。 2 データのない場合は、記録を省略する。	
28	明細書の写し有無		数字	1	固定		明細書写し有無コード（別表10）を記録する。	

注 GYYMM(DD)のGは年号区分コード（別表6）、YYは和暦年、MMは月、DDは日を示す。

(3) 減点情報レコード

項番	項 目 名	モード	最大 バイト	項目 形式	マウス 編集	記 録 内 容	備考
1	レコード識別情報	数字	2	固定		“20”を記録する。	
2	減点点数	数字	7	可変		対象帳票（別表 7）の減点点数を記録する。	
3	減点事由	英数	1	固定		対象帳票（別表 7）の事由の事由コード（別表 11）を記録する。	
4	減点箇所	数字	2	可変		1 再審査対象が医科、DPC又は歯科レセプトに対する再審査請求の場合は、対象帳票（別表 7）の箇所又は項目の診療識別コード（別表 12）又は診療項目コード（別表 13）を記録する。 2 調剤レセプトに対する再審査請求の場合は、記録を省略する。	
5	減点内容	漢字	200	可変		対象帳票（別表 7）の記載内容を記録する。	

(4) 請求理由レコード

項番	項 目 名	モード	最大 バイト	項目 形式	マウス 編集	記 録 内 容	備考
1	レコード識別情報	数字	2	固定		“30”を記録する。	
2	請求理由	漢字	1000	可変		「再審査」又は「取下げ」の請求理由を記録する。	

(5) 再審査等請求書レコード

項番	項 目 名	モード	最大 バイト	項目 形式	マウス 編集	記 録 内 容	備考
1	レコード識別情報	数字	2	固定		“99”を記録する。	
2	総件数	数字	6	可変		保険医療機関、保険薬局単位の再審査等請求件数を合計して記録する。	

各種コードに関する事項

別表1 都道府県コード

コ ー ド 名	コ ー ド	内 容
都道府県コード	0 1	北 海 道
	0 2	青 森
	0 3	岩 手
	0 4	宮 城
	0 5	秋 田
	0 6	山 形
	0 7	福 島
	0 8	茨 城
	0 9	栃 木
	1 0	群 馬
	1 1	埼 玉
	1 2	千 葉
	1 3	東 京
	1 4	神 奈 川
	1 5	新 潟
	1 6	富 山
	1 7	石 川
	1 8	福 井
	1 9	山 梨
	2 0	長 野
	2 1	岐 阜
	2 2	静 岡
	2 3	愛 知
	2 4	三 重
	2 5	滋 賀
	2 6	京 都
	2 7	大 阪
	2 8	兵 庫
	2 9	奈 良
	3 0	和 歌 山
	3 1	鳥 取
	3 2	島 根
	3 3	岡 山
	3 4	広 島
	3 5	山 口
	3 6	徳 島
	3 7	香 川
	3 8	愛 媛
	3 9	高 知
	4 0	福 岡
	4 1	佐 賀
	4 2	長 崎
	4 3	熊 本
	4 4	大 分
	4 5	宮 崎
	4 6	鹿 児 島
	4 7	沖 縄

別表2 点数表コード

コード名	コード	内 容
点数表コード	1	医 科（D P C含む）
	3	歯 科
	4	調 剤

別表3 取下げ理由コード

コード名	コード	内 容
取下げ理由コード	1	記載事項不備のため
	2	傷病名等記載不備のため
	3	医薬品・診療項目等の記載不備のため
	4	資格関係、請求手続きの誤りのため
	5	労災保険への請求先変更のため
	6	自賠責保険への請求先変更のため
	7	公費負担医療との併用に変更のため

別表4 再審査等対象種別コード

コード名	コード	内 容
再審査等対象種別コード	1	一 次 審 査（※1）
	2	突 合 再 審 査（※2）
	3	再 審 査（※3）

※1 一次審査の結果に対する再審査請求の場合又は取下げ請求の場合に記録する。

※2 突合点検及び突合再審査の結果に対する再審査請求の場合に記録する。

※3 再審査の結果に対する再審査請求の場合に記録する。

別表 5 診療科コード

コード名	コード	内 容
診療科コード	0 1	内 科
	0 2	精 神 科
	0 3	神 経 科
	0 4	神 経 内 科
	0 5	呼 吸 器 科
	0 6	消 化 器 科
	0 7	胃 腸 科
	0 8	循 環 器 科
	0 9	小 児 科
	1 0	外 科
	1 1	整 形 外 科
	1 2	形 成 外 科
	1 3	美 容 外 科
	1 4	脳 神 経 外 科
	1 5	呼 吸 器 外 科
	1 6	心 臓 血 管 外 科
	1 7	小 児 外 科
	1 8	皮 膚 ひ 尿 器 科
	1 9	皮 膚 科
	2 0	ひ 尿 器 科
	2 1	性 病 科
	2 2	こ う 門 科
	2 3	産 婦 人 科
	2 4	産 科
	2 5	婦 人 科
	2 6	眼 科
	2 7	耳 鼻 い ん こ う 科
	2 8	気 管 食 道 科
	3 0	放 射 線 科
	3 1	麻 酔 科
	3 3	心 療 内 科
	3 4	ア レ ル ギ ー 科
	3 5	リ ウ マ チ 科
	3 6	リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン 科
	3 7	病 理 診 断 科
	3 8	臨 床 検 査 科
	3 9	救 急 科

別表 6 年号区分コード

コ ー ド 名	コ ー ド	内 容
年号区分コード	1	明 治
	2	大 正
	3	昭 和
	4	平 成
	5	令 和

別表 7 対象帳票

再審査等対象種別	支 払 基 金		国 保 連 合 会
一次審査	増減点連絡書		増減点連絡書 増減点返戻通知書
突合再審査	医療機関	突合点検結果連絡書（兼処方箋不一致連絡書） 突合再審査結果連絡書（兼処方箋不一致連絡書）	突合点検結果連絡書 増減点返戻通知書 過誤・再審査結果通知書
	薬局	突合点検調整額通知票 突合点検調整額通知票【再審査】	
再審査	再審査等支払調整額通知票		過誤・再審査結果通知書

別表 8 明細書種別コード

コ ー ド 名	コ ー ド	内 容
明 細 書 種 別 コード	1	単 独
	2	併 用

別表 9 明細書区分コード

コ ー ド 名	コ ー ド	内 容
明 細 書 区 分 コード	1	本 人 ・ 入 院
	2	本 人 ・ 入 院 外
	3	未 就 学 者 ・ 入 院
	4	未 就 学 者 ・ 入 院 外
	5	家 族 ・ 入 院
	6	家 族 ・ 入 院 外
	7	高 齢 者 一 般 ・ 入 院
	8	高 齢 者 一 般 ・ 入 院 外
	9	高 齢 者 7 割 ・ 入 院
	0	高 齢 者 7 割 ・ 入 院 外

※1 再審査等対象医療機関の点数表が「4：調剤」の場合、「2：本人・入院外」「4：未就学者・入院外」「6：家族・入院外」「8：高齢者一般・入院外」「0：高齢者7割・入院外」のいずれかを記録する。

※2 高齢受給者および後期高齢者については、「7：高齢者一般・入院」「8：高齢者一般・入院外」「9：高齢者7割・入院」「0：高齢者7割・入院外」のいずれかを記録します

別表 10 明細書写し有無コード

コ ー ド 名	コ ー ド	内 容
明 細 書 写 し 有 無 コード	1	有
	2	無

別表 11 事由コード

コ ー ド 名	コ ー ド	内 容
事 由 コ ー ド	A	療養担当規則等に照らし、医学的に保険診療上 適応とならないもの
	B	療養担当規則等に照らし、医学的に保険診療上 過剰・重複となるもの
	C	療養担当規則等に照らし、A・B以外の医学的 に保険診療上適当でないもの
	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
	F	固定点数が誤っているもの
	G	請求点数の集計が誤っているもの
	H	縦計計算が誤っているもの
	K	その他

別表 12 診療識別コード
(1) 医科

コード名	コード	入院	入院外	
診療識別コード (医科)	0 1	全体に係る識別コード		
	1 1	初診		
	1 2		再診	
	1 3	医学管理		
	1 4	在宅		
	2 1	投 薬	内服	
	2 2		屯服	
	2 3		外用	
	2 4		調剤	
	2 5			処方
	2 6		麻毒	
	2 7		調基	
	2 8		その他	
	3 1	注 射	皮下筋肉内	
	3 2		静脈内	
	3 3		その他	
	3 9	薬剤料減点		
	4 0	処置		
	5 0	手術		
	5 4	麻酔		
	6 0	検査・病理		
	7 0	画像診断		
	8 0	その他		
	9 0	入 院	入院基本料	
	9 2		特定入院料・その他	
	9 7		食事療養・生活療養・標準負担額	
	9 9	全体に係る識別コード		

(2) D P C

コード名	コード	入院		入院外
診療識別コード (D P C)	0 1	全体に係る識別コード		
	1 1	初診		
	1 2			再診
	1 3	医学管理		
	1 4	在宅		
	2 1	投 薬	内服	
	2 2		屯服	
	2 3		外用	
	2 4		調剤	
	2 5			処方
	2 6		麻毒	
	2 7		調基	
	2 8		その他	
	3 1	注 射	皮下筋肉内	
	3 2		静脈内	
	3 3		その他	
	3 9	薬剤料減点		
	4 0	処置		
	5 0	手術		
	5 4	麻酔		
	6 0	検査・病理		
	7 0	画像診断		
	8 0	その他		
	9 0	入 院	入院基本料	
	9 2		特定入院料・その他	
	9 3	診断群分類		
	9 7	食事療養・生活療養・標準負担額		
	9 9	全体に係る識別コード		

(3) 歯科

コード名	入院			入院外		
	コード	診療識別		コード	診療識別	
診療識別コード (歯科)	0 1	全体に係る識別コード		1 1	初診	
	1 1	初診		1 2	再診	
	1 3	管理		1 3	管理・リハ	
	1 4	在宅		2 1	投薬・注射	
	2 1	投薬	内服	3 1	X線検査	
	2 2		屯服	4 1	処置・手術	処置・手術1
	2 3		外用	4 2		処置・手術2
	2 4		調剤	4 3		処置・手術3
	2 6		麻毒	4 4		処置・手術（その他）
	2 7		調基	5 4	麻酔	
	3 1	注射	皮下筋肉内	6 1	歯冠修復・欠損補綴	修復・補綴1
	3 2		静脈内	6 2		修復・補綴2
	3 3		その他	6 3		修復・補綴3
	3 9	薬剤料減点		6 4		修復・補綴（その他）
	4 0	処置		8 0	全体のその他	
	5 0	手術		9 9	摘要	
	5 4	麻酔				
	6 0	検査・病理				
	7 0	画像診断				
	8 0	その他				
	9 0	入院	入院基本料			
	9 2		特定入院料・その他			
	9 7	食事療養・生活療養・標準負担額				
	9 9	全体に係る識別コード				

別表 13 診療項目コード

(1) 医科・DPC・歯科（入院）

コード名	コード	内容
診療項目コード	1 1	初診
	1 2	再診
	1 3	医学管理
	1 4	在宅
	2 1	内服
	2 2	屯服
	2 3	外用
	2 4	調剤
	2 5	処方
	2 6	麻毒
	2 7	調基
	2 8	投薬その他
	3 1	皮下筋肉内注射
	3 2	静脈内注射
	3 3	その他の注射
	3 9	薬剤料減点
	4 0	処置
	5 0	手術・麻酔
	5 4	麻酔
	6 0	検査・病理
	7 0	画像診断
	8 0	その他
	9 0	入院基本料
	9 1	医学管理料
	9 2	特定入院科・その他
	9 3	診療群分類
	9 7	食事・生活・標準負担

※1 調剤分および事務上などで診療項目を特定できないものは「9 9」とします。

※2 一部負担金などは「9 8」とします。

(2) 歯科（入院外）

コード名	コード	内容
診療項目コード	1 1	初診
	1 2	再診
	1 3	管理・リハ
	2 0	投薬
	3 0	注射
	4 0	処置
	5 1	手術
	5 2	麻酔
	5 6	充填
	5 7	修復
	5 8	補綴
	6 0	検査
	7 0	X線
	8 0	その他

※1 調剤分および事務上分などで診療項目を特定できないものは「9 9」とします。

※2 一部負担金などは「9 8」とします。