再審査等請求用（結果用）
電子媒体ファイル仕様
（電子媒体による再審査等請求規定（別冊））

社会保険診療報酬支払基金

令和６年９月版

目　次

○　再審査等請求用（結果用）電子媒体ファイル仕様
（電子媒体による再審査等請求規定（別冊））

１　再審査等請求用電子媒体ファイル仕様　…… 1
２　再審査等結果用電子媒体ファイル仕様　……10
３　諸コード一覧表　……21

参考　再審査等結果明細レコード（情報活用）の
出力仕様とイメージ　……27

1　再審査等請求用電子媒体ファイル仕様

⑴　電子媒体仕様

電子媒体の仕様は、次のとおりとします。

ア　ＦＤ

項　　目	内　　容
ＦＤのサイズ	3.5インチ
フォーマット	MS-DOS フォーマット
容量	1.44MB 又は 720KB
レコード長	256 バイト/レコード
文字コード	JIS コード及びシフト JIS コード（漢字）
ファイル構成	ＦＤごとに１ファイル （1保険者でＦＤが複数枚になる場合も、ＦＤごとに1ファイルとします。）
ファイル名	SE 99 9999.DAT 9999：保険者の番号 99：法別 SE：固定
フォルダー名	99999999 9999.ZIP 9999：請求年月 99999999：保険者番号 パスワードを設定する場合は、圧縮（ＺＩＰ形式）フォルダーに上記のファイルを格納してください。
記録件数	ＦＤ1枚当たりの記録件数は次のとおりとします。 1.44MB:再審査等請求レコード（レコード区分＝2）4,500 件 720KB: 再審査等請求レコード（レコード区分＝2）2,800 件

イ　ＣＤ－Ｒ

項　　目	内　　容
ＣＤ－Ｒのサイズ	120mm
ファイルシステム	ISO9660 準拠又は UDF（Ver2.01 以前）準拠
容量	650MB 又は 700MB
レコード長	256 バイト/レコード
文字コード	JIS コード及びシフト JIS コード（漢字）
ファイル構成	ＣＤ－Ｒごとに１ファイル （1保険者でCD-Rが複数枚になる場合も、CD-Rごとに1ファイルとします。）
ファイル名	SE 99 9999.DAT 保険者の番号 法別 固定
フォルダー名	99999999 9999.ZIP 請求年月 保険者番号 パスワードを設定する場合は、圧縮（ＺＩＰ形式）フォルダーに上記のファイルを格納してください。
記録件数	ＣＤ－Ｒ１枚当たりの記録件数は次のとおりとします。 再審査等請求レコード（レコード区分＝2）100 万件

⑵　データの編成

再審査等請求明細書１件ごとに、再審査等請求レコード１件を作成してください。

ア　データ記録順

㈠　再審査等請求内容（資格関係、診療内容･事務上、突合再審査の順）

㈡　自県医療機関分、他県医療機関分の順

㈢　他県医療機関分の中は、医療機関の都道府県番号順

イ　記録例

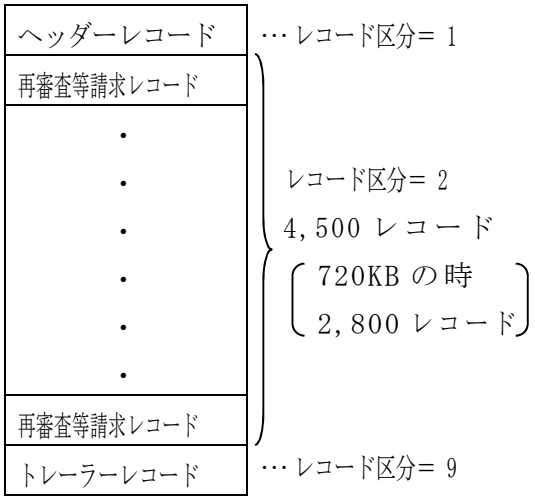
㈠　ＦＤ１枚又はＣＤ－Ｒの場合

ヘッダーレコード			…レコード区分＝1
資格関係	自県医療機関分	再審査等請求レコード	レコード区分＝2 原票種別＝31
		・ ・	
		再審査等請求レコード	
	他県医療機関分	府県 01　再審査等請求レコード	
		府県 02　再審査等請求レコード	
		・ ・	
		府県 47　再審査等請求レコード	
診療内容・事務上	自県医療機関分	再審査等請求レコード	レコード区分＝2 原票種別＝32
		・ ・	
		再審査等請求レコード	
	他県医療機関分	府県 01　再審査等請求レコード	
		府県 02　再審査等請求レコード	
		・ ・	
		府県 47　再審査等請求レコード	
突合再審査	自県医療機関分	再審査等請求レコード	レコード区分＝2 原票種別＝33
		・ ・	
		再審査等請求レコード	
	他県医療機関分	府県 01　再審査等請求レコード	
		府県 02　再審査等請求レコード	
		・ ・	
		府県 47　再審査等請求レコード	
トレーラーレコード			…レコード区分＝9

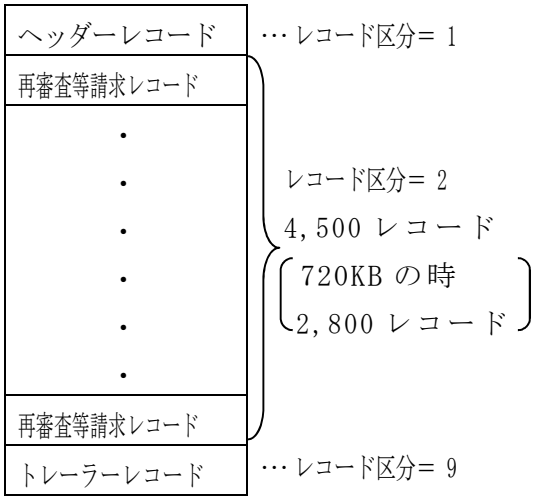
(ｲ) 1枚のＦＤに記録できない場合

再審査等請求レコードが 4,500 件（720KB フォーマットのＦＤの場合 2,800 件）以上の場合、1 枚目のＦＤに 4,500 件（又は 2,800 件）を記録し、2 枚目以降も同様の形式で作成願います。（再審査等請求レコード 4,500 件又は 2,800 件ごとにＦＤを変えて記録する。）

＜1枚目のＦＤ＞



＜2枚目以降のＦＤ＞



(3) 各レコードの作成

次の要領で各レコードを作成願います。

○ 9タイプは右詰め前ゼロでセット願います。

○ Xタイプは左詰め後スペースでセット願います。

○ 漢字欄は全角（その他は半角）でセット願います。

○ 入力の無い項目は、9タイプはオール ZERO、Xタイプはスペースをセットしてください。

○ 項目セットに当たっては、「項目セット要領」のセット内容と異なるタイプのものをセットすると、データが読み取れずに結果用データ等が正しく作成できない場合がありますのでご留意願います。

○ 整理番号、原票種別等の使用コードは、「３　諸コード一覧表」のとおりです。

ア　ヘッダーレコード［レコード区分＝1］

項目名	レコード区分	空白	保険者番号			空白	請求年月（和暦）		空白	明細レコード数	読取サイン	予備
			法別	府県	番号		年	月				
桁数	1	1	2	2	4	1	2	2	1	6	1	233
スタートカラム	1	2	3	5	7	11	12	14	16	17	23	24
ＰＩＣＴＵＲＥ	9	X	99	99	9(4)	X	99	99	X	9(6)	9	X（233）

＊このレコードは、先頭に1レコードだけ作成する。

＜項目セット要領＞

項目名	セット内容	項目名	セット内容
（ア）　レコード区分	「1」をセット	（エ）　明細レコード数	電子媒体1枚ごとに、電子媒体に記録されているレコード区分＝2のレコード数
（イ）　保険者番号	自分の保険者番号をセット	（オ）　読取サイン	ゼロをセット
（ウ）　請求年月	再審査等請求を行う（支払基金支部に電子媒体を提出する）年月（作成年月ではない）を和暦でセット	（カ）　空白	スペース
		（キ）　予備	スペース

イ　資格関係再審査等請求レコード［レコード区分＝2、原票種別＝31］

項目名	レコード区分	空白	原票種別	空白	整理番号	空白	理由番号	空白	明細書情報				空白	医療機関情報			空白	老健受給者番号	空白	老健保険者番号	空白	記号・番号	
									診療年月（和暦）		空白	区分		都道府県	点数表	医療機関コード						記号（漢字）	空白
									年	月													
桁数	1	1	2	1	17	1	2	1	2	2	1	1	1	2	1	7	1	7	1	8	1	16	1
スタートカラム	1	2	3	5	6	23	24	26	27	29	31	32	33	34	36	37	44	45	52	53	61	62	78
ＰＩＣＴＵＲＥ	9	X	99	X	9(17)	X	99	X	99	99	X	9	X	99	9	9(7)	X	9(7)	X	9(8)	X	X(16)	X

記号・番号			空白	患者氏名（カナ）	空白	日数	空白	療養の給付			空白	食事・生活療養			空白	取下げ整理番号	空白	患者氏名（漢字）※10文字	空白	一部負担金2	空白	符号	予備
記号（カナ）	空白	番号						決定点数（金額）	空白	一部負担金		決定金額	空白	標準負担額									
5	1	12	1	13	1	2	1	7	1	5	1	6	1	5	1	12	1	20	1	6	1	1	73
79	84	85	97	98	111	112	114	115	122	123	128	129	135	136	141	142	154	155	175	176	182	183	184
X(5)	X	X(12)	X	X(13)	X	99	X	9(7)	X	9(5)	X	9(6)	X	9(5)	X	9(12)	X	X(20)	X	X(6)	X	X	X(73)

＊このレコードは、再審査等請求のうち「資格関係再審査等請求」のとき作成する。

＜項目セット要領＞

項目名	セット内容
(ア)　レコード区分	「2」をセット
(イ)　原票種別	「31」をセット
(ウ)　整理番号	「3　諸コード一覧表」の整理番号体系に従いセット
(エ)　理由番号	再審査等請求の理由コードを、「3　諸コード一覧表」に従いセット
(オ)　診療年月	診療年月を和暦でセット。年は省略可能（省略の場合はオールゼロ）
(カ)　区分	「3　諸コード一覧表」のコード体系に従いセット
(キ)　医療機関情報	医療機関に係る情報をセット
(ク)　老健受給者番号	ゼロをセット
(ケ)　老健保険者番号	ゼロをセット
(コ)　記号	漢字を含む記号の時は「記号（漢字）」欄にセット 英数字、カナだけの時は「記号（カナ）」欄にセット EBCDICコード使用の時は「記号（カナ）」欄にセット

項目名	セット内容
(サ)　番号	被保険者証等の番号を左詰めでセット 公費負担医療の実施機関からの再審査等請求時には受給者番号をセット
(シ)　患者氏名（カナ）	患者氏名をカナでセット。姓と名の間は1スペースとること。省略可能（省略の場合はオールスペース）
(ス)　日数	診療実日数をセット
(セ)　決定点数（金額）	合計（決定）点数（金額）をセット
(ソ)　一部負担金	一部負担金が5桁以内の場合にセット この場合、一部負担金2欄はオールスペース
(タ)　決定金額	食事・生活療養（決定）金額を入院の時セット 入院外の時はゼロセット
(チ)　標準負担額	食事・生活療養負担金額を入院の時セット 入院外の時は薬剤負担金額をセット
(ツ)　取下げ整理番号	医療機関等からの取下げ請求分のとき該当整理番号をセット
(テ)　患者氏名（漢字）	患者氏名を漢字でセット（任意）
(ト)　一部負担金2	一部負担金額が6桁の場合にセット この場合、一部負担金欄はゼロセット
(ナ)　符号	ＤＰＣ分レセプトにおけるマイナス診療報酬分について、「1」をセット
(ニ)　空白	スペース
(ヌ)　予備	スペース

ウ　診療内容・事務上再審査等請求レコード［レコード区分＝2、原票種別＝32］

項目名	レコード区分	空白	原票種別	空白	整理番号	空白	理由番号	空白	明細書情報				空白	医療機関情報			空白	老健受給者番号	空白	老健保険者番号	空白	記号・番号	
									診療年月（和暦）		空白	区分		都道府県	点数表	医療機関コード						記号（漢字）	空白
									年	月													
桁数	1	1	2	1	17	1	2	1	2	2	1	1	1	2	1	7	1	7	1	8	1	16	1
スタートカラム	1	2	3	5	6	23	24	26	27	29	31	32	33	34	36	37	44	45	52	53	61	62	78
ＰＩＣＴＵＲＥ	9	X	99	X	9(17)	X	99	X	99	99	X	9	X	99	9	9(7)	X	9(7)	X	9(8)	X	X(16)	X

記号・番号			空白	患者氏名（カナ）	空白	療養の給付			空白	食事・生活療養			空白	予備1	空白	取下げ整理番号	空白	患者氏名（漢字）※10文字	空白	一部負担金2	空白	符号	予備2
記号（カナ）	空白	番号				決定点数（金額）	空白	一部負担金		決定金額	空白	標準負担額											
5	1	12	1	13	1	7	1	5	1	6	1	5	1	28	1	12	1	20	1	6	1	1	47
79	84	85	97	98	111	112	119	120	125	126	132	133	138	139	167	168	180	181	201	202	208	209	210
X(5)	X	X(12)	X	X(13)	X	9(7)	X	9(5)	X	9(6)	X	9(5)	X	9(28)	X	9(12)	X	X(20)	X	X(6)	X	X	X(47)

＊ このレコードは、再審査等請求のうち「診療内容・事務上再審査等請求」のとき作成する。

＜項目セット要領＞

項目名	セット内容
(ア)　レコード区分	「2」をセット
(イ)　原票種別	「32」をセット
(ウ)　整理番号	「3　諸コード一覧表」の整理番号体系に従いセット
(エ)　理由番号	再審査等請求の理由コードを、「3　諸コード一覧表」に従いセット
(オ)　診療年月	診療年月を和暦でセット。年は省略可能（省略の場合はオールゼロ）
(カ)　区分	「3　諸コード一覧表」のコード体系に従いセット
(キ)　医療機関情報	医療機関に係る情報をセット
(ク)　老健受給者番号	ゼロをセット
(ケ)　老健保険者番号	ゼロをセット
(コ)　記号	漢字を含む記号の時は「記号（漢字）」欄にセット 英数字、カナだけの時は「記号（カナ）」欄にセット EBCDICコード使用の時は「記号（カナ）」欄にセット

項目名	セット内容
(サ)　番号	被保険者証等の番号を左詰めでセット 公費負担医療の実施機関からの再審査等請求時には受給者番号をセット
(シ)　患者氏名（カナ）	患者氏名をカナでセット。姓と名の間は1スペースとること。省略可能（省略の場合はオールスペース）
(ス)　決定点数（金額）	合計（決定）点数（金額）をセット
(セ)　一部負担金	一部負担金が5桁以内の場合にセット この場合、一部負担金2欄はオールスペース
(ソ)　決定金額	食事・生活療養（決定）金額を入院の時セット 入院外の時はゼロセット
(タ)　標準負担額	食事・生活療養負担金額を入院の時セット 入院外の時は薬剤負担金額をセット（任意）
(チ)　取下げ整理番号	医療機関等からの再審査請求分のとき該当整理番号をセット
(ツ)　患者氏名（漢字）	患者氏名を漢字でセット（任意）
(テ)　一部負担金2	一部負担金額が6桁の場合にセット この場合、一部負担金欄はゼロセット
(ト)　符号	ＤＰＣ分レセプトにおけるマイナス診療報酬分について、「1」をセット
(ナ)　空白	スペース
(ニ)　予備1	ニューメリック
(ヌ)　予備2	スペース

エ　処方せんによる調剤に係る審査請求レコード［レコード区分＝2、原票種別＝33］

項目名	レコード区分	空白	原票種別	空白	整理番号	空白	明細書情報				空白	医療機関情報			空白	老健受給者番号	空白	老健保険者番号	空白
							診療年月（和暦）		空白	区分		都道府県	点数表	医療機関コード					
							年	月											
桁数	1	1	2	1	17	1	2	2	1	1	1	2	1	7	1	7	1	8	1
スタートカラム	1	2	3	5	6	23	24	26	28	29	30	31	33	34	41	42	49	50	58
ＰＩＣＴＵＲＥ	9	X	99	X	9(17)	X	99	99	X	9	X	99	9	9(7)	X	9(7)	X	9(8)	X

項目名	記号・番号					空白	患者氏名（カナ）	空白	療養の給付			空白	薬剤負担金	空白	患者氏名（漢字）※10文字	空白	一部負担金2	予備
	記号（漢字）	空白	記号（カナ）	空白	番号				決定点数（金額）	空白	一部負担金							
桁数	16	1	5	1	12	1	13	1	7	1	5	1	5	1	20	1	6	101
スタートカラム	59	75	76	81	82	94	95	108	109	116	117	122	123	128	129	149	150	156
ＰＩＣＴＵＲＥ	X(16)	X	X(5)	X	X(12)	X	X(13)	X	9(7)	X	9(5)	X	9(5)	X	X(20)	X	X(6)	X(101)

＊　このレコードは、「処方せんによる調剤に係る審査請求」のとき作成する。

＜項目セット要領＞

項目名	セット内容
(ア)　レコード区分	「2」をセット
(イ)　原票種別	「33」をセット
(ウ)　整理番号	「3　諸コード一覧表」の整理番号体系に従いセット
(エ)　診療年月	診療年月を和暦でセット。年は省略可能（省略の場合はオールゼロ）
(オ)　区分	「3　諸コード一覧表」のコード体系に従いセット
(カ)　医療機関情報	医療機関又は調剤薬局に係る情報をセット
(キ)　老健受給者番号	ゼロをセット
(ク)　老健保険者番号	ゼロをセット
(ケ)　記号	漢字を含む記号の時は「記号（漢字）」欄にセット 英数字、カナだけの時は「記号（カナ）」欄にセット EBCDICコード使用の時は「記号（カナ）」欄にセット

項目名	セット内容
(コ)　番号	被保険者証等の番号を左詰めでセット 公費負担医療の実施機関からの再審査等請求時には受給者番号をセット
(サ)　患者氏名（カナ）	患者氏名をカナでセット。姓と名の間は1スペースとること。省略可能（省略の場合はオールスペース）
(シ)　決定点数（金額）	合計（決定）点数（金額）をセット
(ス)　一部負担金	一部負担金が5桁以内の場合にセット この場合、一部負担金2欄はオールスペース
(セ)　薬剤負担金	薬剤負担金額をセット（任意）
(ソ)　患者氏名（漢字）	患者氏名を漢字でセット（任意）
(タ)　一部負担金2	一部負担金額が6桁の場合にセット この場合、一部負担金欄はゼロセット
(チ)　空白	スペース
(ツ)　予備	スペース

＊「(オ)　区分」ないし「(セ)　薬剤負担金」は、処方せんの内容が不適切と思われるときは処方せんを交付した医療機関のレセプト情報を、処方せんの内容と異なる調剤を薬局が行っている時は調剤レセプトの情報を出力する。

オ トレーラーレコード[レコード区分＝9]

項目名	レコード区分	空白	保険者番号			空白	請求年月（和暦）		予備
			法別	府県	番号		年	月	
桁数	1	1	2	2	4	1	2	2	241
スタートカラム	1	2	3	5	7	11	12	14	16
ＰＩＣＴＵＲＥ	9	X	99	99	9(4)	X	99	99	X（241）

＊このレコードは、ＦＤの最後に1レコードだけ作成する。

＜項目セット要領＞

項目名	セット内容	項目名	セット内容
(ア)　レコード区分	「9」をセット	(エ)　空白	スペース
(イ)　保険者番号	自分の保険者番号をセット	(オ)　予備	スペース
(ウ)　請求年月	再審査等請求を行う（支払基金支部に電子媒体を提出する）年月（作成年月ではない）を和暦でセット		

2　再審査等結果用電子媒体ファイル仕様

⑴　電子媒体仕様

電子媒体の仕様は、次のとおりとします。再審査等の結果を電子媒体で希望する保険者のみ送付願います。

ア　保険者が支払基金支部に送付するときの仕様

㈠　ＦＤ

項　　目	内　　容
ＦＤのサイズ	3.5インチ
フォーマット	MS-DOS フォーマット
容量	1.44MB 又は 720KB
ヘッダーレコードの作成	レコード作成要領に基づき、ヘッダーレコードを作成してください。
作成枚数	再審査等請求用ＦＤ1枚に対し、2枚作成願います。

㈡　ＣＤ－Ｒ

項　　目	内　　容
ＣＤのサイズ	120mm
容量	650MB 又は 700MB
提出枚数	再審査等請求用ＣＤ－Ｒ1枚に対し、ブランク（未使用）のＣＤ－Ｒを2枚提出願います。（フォーマットを行わずに提出願います。）

イ　支払基金支部が保険者へ送付するときの仕様

お預かりした電子媒体（前ア）に再審査等の結果内容を記録して送付します。

(ｱ)　ＦＤ

項　　目	内　　容
ＦＤのサイズ	3.5インチ
フォーマット	MS-DOSフォーマット
容量	1.44MB又は720KB
レコード長	256バイト/レコード
文字コード	JISコード及びシフトJISコード（漢字）
ファイル名	〔精算結果データファイル〕 KE 99 9999.DAT KE：固定 99：法別 9999：保険者の番号 〔情報活用データファイル〕 J0 99 9999.DAT J0：固定 99：法別 9999：保険者の番号
フォルダー名	99999999 9999.ZIP 99999999：保険者番号 9999：処理年月（送付年月-1月） パスワードを設定した圧縮（ＺＩＰ形式）フォルダーに上記の精算結果データファイルと情報活用データファイルを、格納します。
記録件数	ＦＤ1枚当たりの記録件数は次のとおりとします。 1.44MB:再審査等結果レコード（レコード区分＝2及び3）4,500件 720KB: 再審査等結果レコード（レコード区分＝2及び3）2,800件

(ｲ)　ＣＤ－Ｒ

項　　目	内　　容
ＣＤのサイズ	120mm
ファイルシステム	ISO9660 準拠
書込み方式	トラックアットワンス
容量	650MB 又は 700MB
レコード長	256 バイト/レコード
文字コード	JIS コード及びシフト JIS コード（漢字）
ファイル名	〔精算結果データファイル〕 KE 99 9999.DAT 9999：保険者の番号 99：法別 KE：固定 〔情報活用データファイル〕 JO 99 9999.DAT 9999：保険者の番号 99：法別 JO：固定
フォルダー名	99999999 9999.ZIP 9999：処理年月（送付年月-1 月） 99999999：保険者番号 パスワードを設定した圧縮（ＺＩＰ形式）フォルダーに上記の精算結果データファイルと情報活用データファイルを、格納します。
記録件数	ＣＤ－Ｒ1 枚当たりの記録件数は次のとおりとします。 再審査等結果レコード（レコード区分＝2）100 万件

⑵　データの編成

ア　保険者が支払基金支部に送付するとき

ＦＤの場合は、精算結果用ファイル（ファイル名：KE999999.DAT）として、ヘッダーレコードを作成願います。

なお、ヘッダーレコードの作成に当たっては、「⑶　保険者におけるヘッダーレコードの作成」を参照願います。

イ　支払基金支部が保険者へ送付するとき

(ｱ)　ＦＤ

ａ　データの記録順等

自県分及び他府県分を別々の電子媒体（ファイル）で次の順序（すべて昇順）で記録します。

なお、この順序は再審査等結果通知書の出力順と同様です。

また、情報活用レコードは別ファイル（ファイル名：JO999999.DAT）として記録し、送付します。

⒜　保険者番号
⒝　再審査等請求内容(資格関係、診療内容・事務上、突合再審査の順)
⒞　備考１（請求等区分）
⒟　受付年月
⒠　記号（漢字）、記号（カナ）、番号……医療保険
⒡　受給者番号……その他
⒢　診療年月
⒣　整理番号

b　改行コード
保険者が記録した改行コードで記録します。

⑷　ＣＤ―Ｒ

a　データの記録順等
支払基金において、ヘッダーレコードを作成します。
なお、記録順は、前⑺のａと同様とします。

b　改行コード
ＣＲＬＦで記録します。

(ｳ) 記録例

a　ＦＤ１枚又はＣＤ－Ｒの場合

〔精算結果ファイル：ファイル名 KE999999.DAT〕

<table>
<tr><td colspan="3">ヘッダーレコード</td><td>…　レコード区分＝ 1</td></tr>
<tr><td rowspan="7">資格関係</td><td rowspan="3">受付月M</td><td>再審査等結果レコード</td><td rowspan="7">レコード区分＝ 2
原　票　種　別＝31</td></tr>
<tr><td>・
・</td></tr>
<tr><td>再審査等結果レコード</td></tr>
<tr><td rowspan="3">受付月N</td><td>再審査等結果レコード</td></tr>
<tr><td>・
・</td></tr>
<tr><td>再審査等結果レコード</td></tr>
<tr><td colspan="2">・
・</td></tr>
<tr><td rowspan="7">診療内容・事務上</td><td rowspan="3">受付月M</td><td>再審査等結果レコード</td><td rowspan="7">レコード区分＝ 2
原　票　種　別＝32</td></tr>
<tr><td>・
・</td></tr>
<tr><td>再審査等結果レコード</td></tr>
<tr><td rowspan="3">受付月N</td><td>再審査等結果レコード</td></tr>
<tr><td>・
・</td></tr>
<tr><td>再審査等結果レコード</td></tr>
<tr><td colspan="2">・
・</td></tr>
<tr><td rowspan="7">突合再審査</td><td rowspan="3">受付月M</td><td>再審査等結果レコード</td><td rowspan="7">レコード区分＝ 2
原　票　種　別＝33</td></tr>
<tr><td>・
・</td></tr>
<tr><td>再審査等結果レコード</td></tr>
<tr><td rowspan="3">受付月N</td><td>再審査等結果レコード</td></tr>
<tr><td>・
・</td></tr>
<tr><td>再審査等結果レコード</td></tr>
<tr><td colspan="2">・
・</td></tr>
<tr><td colspan="3">合計レコード</td><td>…　レコード区分＝ 5</td></tr>
<tr><td colspan="3">トレーラーレコード</td><td>…　レコード区分＝ 9</td></tr>
</table>

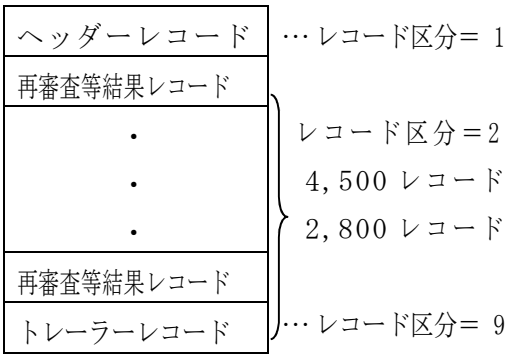
〔情報活用ファイル：ファイル名 J0999999.DAT〕

<table>
<tr><td colspan="3">ヘッダーレコード</td><td>…　レコード区分＝ 1</td></tr>
<tr><td rowspan="6">診療内容・事務上</td><td rowspan="3">受付月M</td><td>再審査等結果レコード</td><td rowspan="9">レコード区分＝ 3
原　票　種　別＝32</td></tr>
<tr><td>・
・</td></tr>
<tr><td>再審査等結果レコード</td></tr>
<tr><td rowspan="3">受付月N</td><td>再審査等結果レコード</td></tr>
<tr><td>・
・</td></tr>
<tr><td>再審査等結果レコード</td></tr>
<tr><td colspan="2">・
・</td></tr>
<tr><td rowspan="7">突合再審査</td><td rowspan="3">受付月M</td><td>再審査等結果レコード</td><td rowspan="9">レコード区分＝ 3
原　票　種　別＝33</td></tr>
<tr><td>・
・</td></tr>
<tr><td>再審査等結果レコード</td></tr>
<tr><td rowspan="3">受付月N</td><td>再審査等結果レコード</td></tr>
<tr><td>・
・</td></tr>
<tr><td>再審査等結果レコード</td></tr>
<tr><td colspan="2">・
・</td></tr>
<tr><td colspan="3">トレーラーレコード</td><td>…　レコード区分＝ 9</td></tr>
</table>

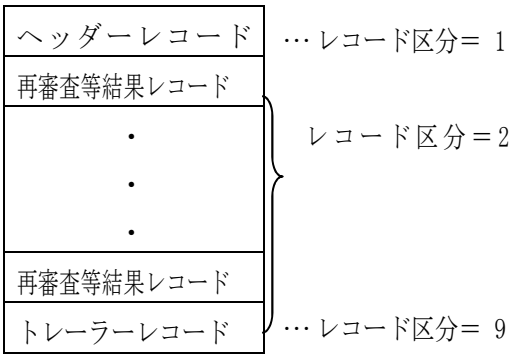
b　1枚のＦＤに記録できない場合

再審査等結果レコード（レコード区分＝2及び3）が4,500件（720KBフォーマットのＦＤの場合 2,800 件）以上の場合、1 枚目のＦＤに4,500 件又は 2,800 件を記録し、2 枚目以降も同様の形式で作成します。（再審査等結果レコード4,500件又は2,800件ごとにＦＤを変えて記録する。）

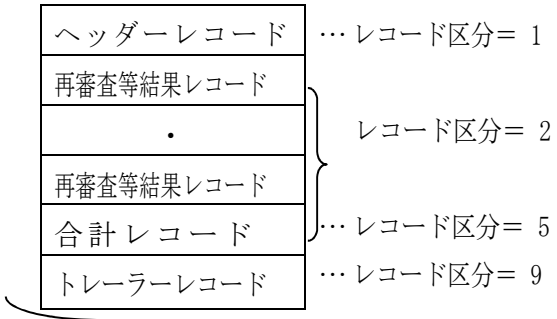
＜1枚目のＦＤ＞
〔KE999999.DAT〕



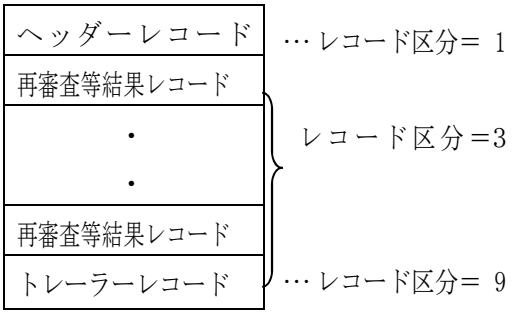
＜2枚目以降のＦＤ＞
〔KE999999.DAT〕



＜n枚目…精算+情報ファイルのＦＤ＞
〔KE999999.DAT〕



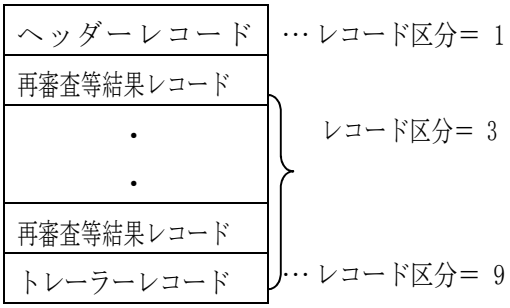
＜n枚目…精算+情報ファイルのＦＤ＞
〔J0999999.DAT〕



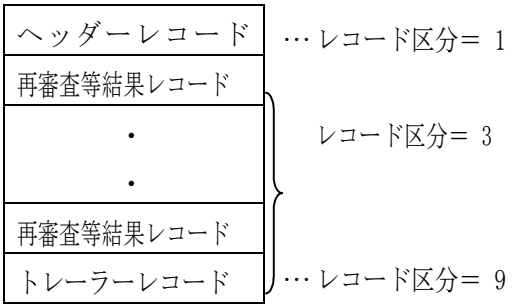
＜

同一ＦＤ

＜ｎ＋1枚目のＦＤ＞
〔J0999999.DAT〕



＜最後のＦＤ＞
〔J0999999.DAT〕



※　合計レコードは、精算結果データの最終尾（トレーラーレコードの前）に出力する。

（3） 保険者におけるヘッダーレコードの作成

ＦＤの場合、次の要領で精算結果に係るヘッダーレコードを作成願います。

ヘッダーレコード［レコード区分＝1］

項目名	レコード区分	保険者番号			予備
		法別	府県	番号	
桁数	1	2	2	4	247
スタートカラム	1	2	4	6	10
ＰＩＣＴＵＲＥ	9	99	99	9(4)	X(247)

＜項目セット要領＞

項目名	セット内容	項目名	セット内容
ア　レコード区分	「1」をセット	ウ　予備	スペース
イ　保険者番号	自分の保険者番号をセット		

（4） 支払基金における各レコードの出力

次の要領で各レコードを出力します。

○ 9タイプは右詰め前ゼロで出力します。

○ Xタイプは左詰め後スペースで出力します。

○ 漢字欄は全角（その他は半角）で出力します。

○ 入力の無い項目は、9タイプはオールＺＥＲＯ、Xタイプはスペースを出力します。

ア　ヘッダーレコード［レコード区分＝1］

項目名	レコード区分	保険者番号			処理年月（和暦）		明細レコード数	予備
		法別	府県	番号	年	月		
桁数	1	2	2	4	2	2	6	237
スタートカラム	1	2	4	6	10	12	14	20
ＰＩＣＴＵＲＥ	9	99	99	9(4)	99	99	9(6)	X（237）

＊このレコードは、電子媒体ごと、ファイルごと（精算結果又は情報活用）の先頭に2レコードのみ出力作成する。

＜項目出力要領＞

項目名	セット内容	項目名	セット内容
(ア)　レコード区分	「1」をセット	(エ)　明細レコード数	電子媒体1枚ごと、ファイルごとに、レコード区分＝2又は3、レコード区分＝5の合計レコード数
(イ)　保険者番号	送付先保険者番号		
(ウ)　処理年月	再審査等精算処理を行った年月を和暦でセット	(オ)　予備	スペース

イ　再審査等結果レコード（精算結果）［レコード区分＝2］

項目名	レコード区分	請求年月（和暦）		原票種別	整理番号	記号・番号			相手先保険者番号	受給者番号	患者氏名（カナ）	請求年月（和暦）		区分	医療機関情報			理由番号	日数
		年	月			記号（漢字）	記号（カナ）	番号				年	月		都道府県	点数表	医療機関コード		
桁数	1	2	2	2	17	16	5	12	8	7	13	2	2	1	2	1	7	2	2
スタートカラム	1	2	4	6	8	25	41	46	58	66	73	86	88	90	91	93	94	101	103
ＰＩＣＴＵＲＥ	9	99	99	99	9(17)	X(16)	X(5)	X(12)	9(8)	9(7)	X(13)	99	99	9	99	9	9(7)	99	99

療養の給付		食事・生活療養		調整金額		予備1	再審査結果				増減情報			符号2	予備2	備考1	備考2	患者氏名（漢字）※10文字	一部負担金2
決定点数（金額）	一部負担金	決定金額	標準負担額	符号	金額		増減区分	増減点数	増減金額	結果	一部負担金	薬剤負担金・標準負担額	食事・生活療養費調整金額（再掲）						
7	5	6	5	1	13	2	1	11	11	1	11	11	11	1	27	1	1	20	6
105	112	117	123	128	129	142	144	145	156	167	168	179	190	201	202	229	230	231	251
9(7)	9(5)	9(6)	9(5)	9	9(13)	99	9	9(11)	9(11)	9	9(11)	9(11)	9(11)	X	X(27)	9	X	X(20)	X(6)

＊　このレコードは、再審査等結果の明細レコードとして出力する。

＜項目出力内容＞

項目名	セット内容		項目名	セット内容	
(ア)　レコード区分	「2」をセット		(テ)　　／増減点数	医科、歯科、調剤の時、再審査等の結果発生した増減点数 下1桁は小数点以下第1位（例：100点は1000と記録）	再審査等結果が原審の場合はゼロ
(イ)　請求年月（和暦）	再審査等請求を受付けた年月（和暦）				
(ウ)　原票種別	再審査等請求時に受付けた同一内容		(ト)　　／増減金額	医科、歯科の入院の時、再審査等の結果発生した食事・生活療養に係る増減金額 訪問看護の時、再審査等の結果発生した療養費に係る増減金額 下2桁は銭単位（例：100円は10000と記録）	
(エ)　整理番号					
(オ)　記号・番号					
(カ)　相手先保険者番号	併用分の時、相手先保険者番号		(ナ)　　／結果	再審査等の結果をコードで出力 （コード内容：「3　諸コード一覧表」参照）	
(キ)　受給者番号	併用分の時、公費の受給者番号		(ニ)　増減情報／一部負担金	再審査等の結果発生した一部負担金の増減金額 下2桁は銭単位（例：100円は10000と記録）	
(ク)　患者氏名（カナ）	再審査等請求時に受付けた同一内容		(ヌ)　増減情報／薬剤負担金標準負担額	再審査等の結果発生した薬剤負担金又は標準負担額に係る増減金額 下2桁は銭単位（例：100円は10000と記録）	
(ケ)　診療年月（和暦）					
(コ)　区分			(ネ)　　／食事・生活療養調整金額（再掲）	再審査等の結果発生した食事・生活療養に係る調整金額（再掲） 下2桁は銭単位（例：100円は10000と記録）	
(サ)　医療機関情報					
(シ)　理由番号			(ノ)　符号2	請求用電子媒体において符号欄に「1」を記録した場合に「1」を記録	
(ス)　日数	返戻（全額調整）等により異動した診療実日数		(ハ)　患者氏名（漢字）	再審査等請求時に受付けた同一内容及び再審査等結果入力時に入力した情報	
(セ)　療養の給付	再審査等請求時に受付けた同一内容				
(ソ)　食事・生活療養			(ヒ)　一部負担金2	再審査等請求時に受付けた同一内容（一部負担金額が6桁の場合に記録）	
(タ)　調整金額／符号	プラスの時「9」、マイナスの時「1」		(フ)　備考1	再審査等請求の発生元（コード内容：「3　諸コード一覧表」参照）	
(チ)　　／金額	再審査等請求の結果調整された金額 下2桁は銭単位（例：100円は10000と記録）	再審査等結果が原審の場合はゼロ	(ヘ)　備考2	スペース	
(ツ)　再審査結果／増減区分	再審査等の結果増減点数が発生した時出力 プラスの時「9」、マイナスの時「1」		(ホ)　予備1	ゼロ	
			(マ)　予備2	スペース	

ウ　再審査等結果レコード（情報活用）［レコード区分＝3］

項目名	レコード区分	請求年月（和暦）		原票種別	整理番号	診療年月（和暦）		区分	医療機関情報			請求番号	診療項目	増減点数		結果	査定事由	原審理由	増減点内容
		年	月			年	月		都道府県	点数表	医療機関コード			符号	点数（金額）				診療行為・薬剤名（漢字）
桁数	1	2	2	2	17	2	2	1	2	1	7	2	2	1	11	1	1	2	100
スタートカラム	1	2	4	6	8	25	27	29	30	32	33	40	42	44	45	56	57	58	60
ＰＩＣＴＵＲＥ	9	99	99	99	9(17)	99	99	9	99	9	9(7)	99	99	9	9(11)	9	X	99	X(100)

項目名	増減点内容								予備
	投与量・使用量				点数・回数等				
	前		後		前		後		
	数量	単位（漢字）	数量	単位（漢字）	固定点数（金額）	回数等	固定点数（金額）	回数等	
桁数	16	8	16	8	16	3	16	3	11
スタートカラム	160	176	184	200	208	224	227	243	246
ＰＩＣＴＵＲＥ	9(16)	X(8)	9(16)	X(8)	9(16)	9(3)	9(16)	9(3)	X(11)

＊　このレコードは、再審査等結果の明細レコードとして出力する。

＜項目出力内容＞

項目名	セット内容	
(ア)　レコード区分	「3」をセット	
(イ)　請求年月（和暦）	再審査等請求を受付けた年月（和暦）	
(ウ)　原票種別	再審査等請求時に受付けた同一内容	
(エ)　整理番号		
(オ)　診療年月（和暦）		
(カ)　区分		
(キ)　医療機関情報		
(ク)　請求番号	1明細書での再審査等請求単位ごとの通し番号	
(ケ)　診療項目	再審査した診療項目コード（コード内容：「3　諸コード一覧表」参照）　＊1	
(コ)　増減点数／符号	プラスの時「9」、マイナスの時「1」	再審査等の結果、増減が発生しない場合はゼロ
(サ)　増減点数／点数（金額）	医科、歯科の入院の時、再審査等の結果発生した食事・生活療養に係る増減金額 訪問看護の時、再審査等の結果発生した療養費に係る増減金額 下1桁は小数点以下第1位 （例：100点、100円とも1000と記録）	
(シ)　結果	再審査等の結果をコードで出力（コード内容：「3　諸コード一覧表」参照）	
(ス)　査定事由	再審査等の結果、査定の時その事由をコードで出力（コード内容：「3　諸コード一覧表」参照）　＊2	原審の時はスペース
(セ)　原審理由	再審査等の結果、原審の時その事由をコードで出力（コード内容：「3　諸コード一覧表」参照）　＊3	査定の時はゼロ

項目名	セット内容	
(ソ)　増減点内容/診療行為・薬剤名	再審査の結果、査定の時その対象診療行為・薬剤名等を漢字で出力	原審の時はスペース
(タ)／投与量・使用量／前／数量	再審査の結果、査定となった薬剤等の増減前の数量　＊4	再審査の結果、増減が発生しない場合はゼロ
(チ)　増減点内容／投与量・使用量／前／単位	再審査の結果、査定となった薬剤等の単位名称を漢字で出力	再審査等の結果、増減が発生しない場合はゼロ、ただし、単位はスペース　＊5
(ツ)　／投与量・使用量／後／数量	再審査の結果、査定となった薬剤等の増減後の数量　＊4	
(テ)　／投与量・使用量／後／単位	再審査の結果、査定となった薬剤等の単位名称を漢字で出力	
(ト)　／点数・回数等／前／固定点数（金額）	再審査の結果、査定となった時の異動前の固定点数（金額）　＊4	
(ナ)　／点数・回数等／前／回数等	再審査の結果、査定となった時の異動前の回数等	
(ニ)　／点数・回数等／後／固定点数（金額）	再審査の結果、査定となった時の異動後の固定点数（金額）　＊4	
(ヌ)　／点数・回数等／後／回数等	再審査の結果、査定となった時の異動後の回数等	
(ネ)　予備	スペース	

＊1　調剤分、突合再審査分、事務上分及び負担金等の診療項目を入力できないものについては、ゼロとなります。
＊2　医療機関からの再審査請求の場合等、スペースとなる場合もあります。
＊3　事務上分に係る原審分については、ゼロとなります。
＊4　小数点以下7桁まで表示します。（例：1は10000000と記録）
＊5　増減が発生する場合であっても、ゼロあるいはスペースとなる場合があります。

エ　合計レコード（精算結果）［レコード区分＝5］

項目名	レコード区分	件数				調整金額						予備
						返戻		査定		合計		
		返戻	査定	原審どおり	合計	符号	金額	符号	金額	符号	金額	
桁数	1	6	6	6	6	1	13	1	13	1	13	189
スタートカラム	1	2	8	14	20	26	27	40	41	54	55	68
ＰＩＣＴＵＲＥ	9	9(6)	9(6)	9(6)	9(6)	9	9(13)	9	9(13)	9	9(13)	X(189)

＊このレコードは、明細の合計レコードとして明細レコードの最後に1レコードだけ出力する。

項目名	セット内容	項目名	セット内容
(ア)　レコード区分	「5」をセット	(キ)　調整金額／返戻／金額	今回精算分の再審査等結果に係る調整金額（返戻）の合計 下2桁は銭単位（例：100円は10000と記録）
(イ)　件数／返戻	今回精算分の明細書件数（返戻）の合計		
(ウ)　　／査定	今回精算分の明細書件数（査定）の合計	(ク)　　／査定／符号	プラスの時「9」、マイナスの時「1」
(エ)　　／原審どおり	今回精算分の明細書件数（原審どおり）の合計	(ケ)　　／査定／金額	今回精算分の再審査等結果に係る調整金額（査定）の合計 下2桁は銭単位（例：100円は10000と記録）
(オ)　　／合計	今回精算分の明細書件数の総合計		
(カ)　調整金額／返戻／符号	プラスの時「9」、マイナスの時「1」	(コ)　　／合計／符号	プラスの時「9」、マイナスの時「1」
		(サ)　／合計／金額	今回精算分の再審査等結果に係る調整金額の総合計 下2桁は銭単位（例：100円は10000と記録）
		(シ)　予備	スペース

オ　トレーラーレコード［レコード区分＝9］

項目名	レコード区分	保険者番号			処理年月（和暦）		予備
		法別	府県	番号	年	月	
桁数	1	2	2	4	2	2	243
スタートカラム	1	2	4	6	10	12	14
ＰＩＣＴＵＲＥ	9	99	99	9(4)	99	99	X(243)

＊このレコードは、電子媒体ごと、各ファイル（精算結果及び情報活用）のX（237）

＜項目出力内容＞

項目名	セット内容	項目名	セット内容
(ア)　レコード区分	「9」をセット	(ウ)　処理年月（和暦）	再審査等精算処理を行った年月を和暦でセット
(イ)　保険者番号	送付先保険者番号	(エ)　予備	スペース

3　諸コード一覧表

（1）　レコード区分

項　　目	コード
ヘッダーレコード	1
明細レコード（精算系）	2
明細レコード（情報系）	3
合計レコード	5
トレーラーレコード	9

（2）　原票種別

項　　目	コード
資格関係	31
診療内容・事務上	32
突合再審査	33

（3）　区分

項　　目	コード
本人・入院	1
本人・入院外	2
6歳未満・入院	3
6歳未満・入院外	4
家族・入院	5
家族・入院外	6
高齢受給者・入院 一般	7
高齢受給者・入院外 一般	8
高齢受給者・入院 7割	9
高齢受給者・入院外 7割	0

（4）　点数表

項　　目	コード
医　科	1
歯　科	3
調　剤	4
訪　問	6

（5）　理由番号

ア　資格関係

項　　目	コード
記号、番号の誤り	11
患者名の誤り	12
認定外家族	13
該当者なし	14
保険者番号と記号の不一致	15
旧証によるもの	16
本人・家族の誤り	17
資格喪失後の受診	18
重複請求	19
給付対象外傷病（業務上）	20
給付対象外傷病（適用外） （全てが給付対象外であるもの）	21
老人保健、国保該当	22
給付期間満了	23
その他	24
医療機関からの取下げ依頼による	25

イ　診療内容・事務上

項　　目	コード
固定点数誤り	30
必要項目の記載もれ	41
区分、生年、診療開始日の誤り	42
実日数の誤り	43
請求点数誤り（横計・縦計）	44
一部負担金の誤り	45
保険者番号欄の番号が他保険 者分であるもの	46
給付対象外傷病（適用外）	47
突合審査の再審査	49
診療内容	60
その他	50
老健公費負担割合誤り	51
医療機関からの再審査請求による	52

（6）　診療項目

ア　医科

項　　目	コード
初　診	11
再　診	12
医学管理	13
在　宅	14
内　服	21
屯　服	22
外　用	23
調　剤	24
処　方	25
麻　毒	26
調　基	27
投薬その他	28
皮下筋肉内注射	31
静脈内注射	32
その他の注射	33
薬剤料減点	39
処　置	40
手術・麻酔	50
麻　酔	54
検査・病理	60
画像診断	70
その他	80
入院基本料	90
医学管理料	91
特定入院料・その他	92
診断群分類	93
食事・生活	97

イ　歯科

項　　目	コード
初　診	11
再　診	12
管　リ	13
投　薬	20
注　射	30
X　線	70
検　査	60
処　置	40
手　術	51
麻　酔	52
充　填	56
修　復	57
補　綴	58
その他	80

ウ　訪問

項　　目	コード
基本療養費	10
精神科基本療養費	30
管理療養費	50
情報提供療養費	60
ターミナルケア療養費	70

（7）　符号、増減区分

項　　目	コード
プラス	9
マイナス	1

（8）　結果

ア　精算結果

項　　目	コード
返戻	1
査定	2
原審どおり	3

イ　情報活用

保険者請求分		医療機関請求分	
項　目	コード	項　目	コード
査　定	2	復　活	2
原　審	3	原　審	3

（9）　増減事由

項　　目	コード
療養担当規則等に照らし、医学的に適応と認められないもの	A
療養担当規則等に照らし、医学的に過剰・重複と認められるもの	B
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当と認められないもの	C
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	D
固定点数が誤っているもの	F
請求点数の集計が誤っているもの	G
縦計計算が誤っているもの	H
その他	K

（10） 原審理由

ア 医科・DPC

区分		原審どおり理由	コード
基本診療料	算定ルール	本症例の時間外・休日・深夜加算は、診療内容を通覧し、急患等やむを得ない事情による診療であり妥当と認めます。	10
		診療内容を通覧して、初診料の算定は妥当と認めます。	11
		本症例の一般症状又は診療内容から、やむを得ない受診であり妥当と認めます。	12
		当該指導料又は管理料の算定要件に照らして妥当と認めます。	13
		本症例の特定疾患処方管理加算は、厚生労働大臣の定める対象疾患が主病であり妥当と認めます。	14
		当該入院基本料は新たな入院であり、今回入院日を起算日とします。	15
薬剤	①適応	当該薬剤は、本症例に効能・効果（医学的有用性を含む。）を有する薬剤であり妥当と認めます。	20
		当該薬剤は、本症例の一般症状及び病態を勘案して妥当と認めます。	21
		症状が重篤症例であるので内服・注射投与は妥当と認めます。	22
		速効性を必要とする症例であるので注射投与は妥当と認めます。	23
	②過剰（過量）	当該薬剤は、適宜増減の薬剤であり、本症例に対し許容量の範囲です。	24
		当該薬剤は、本症例の症状と一般的経過からみて、投与期間が過剰とは認めません。	25
	③同種、同効薬剤の併用	本症例に対する当該薬剤の同一薬効複数剤投与は、作用機序がそれぞれ異なるため、適正な使用であり妥当と認めます。	26
		本症例に対する当該薬剤の投薬と注射（内服と外用）の併用投与は、症状の記載等からみて、重症度が考慮され、適正な使用であり妥当と認めます。	27
	④禁忌	本症例に対する当該薬剤は、禁忌となっているが、同一月の診療内容と症状を考えて必要性があり、慎重投与されたものであることから妥当と認めます。	28
処置・手術・麻酔	①処置の適応	本症例の処置は、傷病名、部位等の診療内容からみて妥当と認めます。	40
	②複数の処置	本症例の複数の処置は、同一疾病又はこれに起因する病変に対して行われた行為ではないため、それぞれの処置点数で妥当と認めます。	41
	③手術の適応	本症例の手術は、傷病名、部位等の診療内容からみて妥当と認めます。	50
	④複数手術	本症例の複数の手術は、別日又は異なる部位に対し行われているため妥当と認めます。	51
		本症例の複数の手術は、複数手術に係る費用の特例に関する告示・通知に該当するため主たる手術のみの算定ではありません。	52
	⑤麻酔	麻酔は、治療上不可欠な診療行為であり妥当と認めます。	53
		本症例の神経ブロックは、傷病名の一般症状及び病態を勘案し妥当と認めます。	54
		診療内容を通覧して回数の算定について妥当と認めます。	55
	⑥薬剤の使用量	本症例の傷病名、部位等の一般症状及び病態を勘案し、当該薬剤の使用は適応、用法及び用量とも妥当と認めます。	56
検査	①適応	本検査は、本症例の診断確定（鑑別診断を含む。）及び治療経過の確認のため妥当と認めます。	61
		本検査は、入院時、手術前及び観血検査時等の一般的検査として妥当と認めます。	62
	②過剰	本症例に対する複数回の検査は、経過観察のため又は傷病名の病態からみて必要であり過剰とは認めません。	63
		本症例に対する同種の関連検査複数項目の施行は、診断確定のため過剰とは認めません。	64

区分		原審どおり理由	コード
画像診断	①適応	本画像診断は、初診時、入院時及び手術前等の一般的診断として妥当と認めます。	70
		本症例に対する画像診断時の造影剤使用は、本画像診断を確実にするうえで必要であり妥当と認めます。	71
	②過剰	本症例に対する造影剤使用量は、本画像診断を確実にするうえで必要であり過剰とは認めません。	72
		本症例に対する複数回の画像診断は、診断確定及び治療経過の確認のために必要であり過剰とは認めません。	74
	③一連	本症例に対する複数のレントゲン撮影は、傷病名、部位及び撮影条件等から一連ではありません。	75
リハビリテーション	①適応	本症例に対する理学療法と作業療法の併施は、傷病名と診療内容よりみて妥当と認めます。	80
		本症例の理学療法は、傷病名に対する一般症状及び病態を勘案し妥当と認めます。	81
	②過剰	本症例の理学療法は、診療内容からみて過剰とは認めません。	82
精神科専門療法	精神科専門療法の全項目	本症例の精神科専門療法は、診療内容からみて妥当と認めます。	83
入院時食事療養費	適応	本症例の特別食加算は、入院時食事療養の基準等に示された特別食であり妥当と認めます。	90
その他	特定保険医療材料	特定保険医療材料は、特定保険医療材料に関する告示・通知の算定要件を満たすため妥当と認めます。	92
		特定保険医療材料は、本症例の傷病名、部位及び手術等を勘案し過剰とは認めません。	93
	全診療項目共通の原審	申出の根拠となる詳細な理由が不明であることから原審どおりといたします。再審査を申し出する際は、申出理由を具体的に記載願います。	94
		本症例は、希少疾患、重症例であり、他に有効な治療法がないためご指摘の診療は医学的にみて妥当と認めます。	95
		傷病名に対する一般症状及び病態を勘案して妥当と認めます。	96
		点数表の告示・通知に照らし、算定ルール上妥当と認めます。	97
	連絡票記載	連絡項目により原審どおりとします。	98

イ 歯科

区分	原審どおり理由	コード
基本診療料	本例の初診、再診は妥当と認めます。	10
	本例の基本診療料に係る加算は、傷病名部位、診療内容等から判断して妥当と認めます。	11
医学管理	当該医学管理は、傷病名部位等から判断して妥当と認めます。	12
在宅	当該訪問診療は、診療内容、摘要欄記載等から判断して妥当と認めます。	13
薬剤	当該薬剤は、本例に効能・効果を有する薬剤であり妥当と認めます。	20
	当該薬剤の用法、用量、投与日数又は投与回数は、傷病名部位に対する一般症状と一般的経過を勘案して妥当と認めます。	21
検査・画像診断	当該検査は、本例の診断名の確定及び症状の経過観察のため必要であり妥当と認めます。	60
	当該検査は、傷病名部位、診療内容等から判断して妥当と認めます。	61
	当該画像診断は、本例の診断名の確定及び症状の経過観察のため必要であり妥当と認めます。	70
	当該画像診断の所定点数での算定は、傷病名部位、診療内容等から判断して妥当と認めます。	71
処置・手術・麻酔	当該処置・手術は、傷病名部位、診療内容等から判断して妥当と認めます。	40
	当該処置・手術の回数は、傷病名部位、診療内容等から判断して妥当と認めます。	41
	本例の複数の手術は、異なる日又は異なる部位に対し行われているため妥当と認めます。	42
	本例の特定保険医療材料の算定は、傷病名部位、診療内容等から判断して妥当と認めます。	43
	本例の処置・手術に係る時間外・休日・深夜加算は、緊急のためやむを得ない事情によるものであり妥当と認めます。	44
	当該特定薬剤の用法、用量又は使用回数は、傷病名部位に対する一般症状と一般的経過を勘案して妥当と認めます。	45
	当該麻酔料又は麻酔薬剤の使用量は、傷病名部位、診療内容等から判断して妥当と認めます。	46
歯冠修復及び欠損補綴	当該歯冠修復又は欠損補綴は、傷病名部位、診療内容等から判断して、妥当と認めます。	50
その他	連絡項目により原審どおりとします。	90
	当該診療行為の保険診療の適用は、診療内容を通覧して妥当と認めます。	91
	申出の根拠となる詳細な理由が不明であることから原審どおりといたします。再審査を申し出する際は、申出理由を具体的に記載願います。	94

（１１）　備考1

項　　目	コード
保険者からの再審査等請求分	0
保険医療機関からの再審査等請求分	1
併用の相手先からの再審査等請求分	2
返還金控除分	3
その他	4

（１２）　整理番号

ア　標準仕様

整理番号は、標準仕様として、次の構成で作成してください。

レセプト管理番号（11桁）　＋請求年月（４桁）　＋請求回数（１桁）　＋ＣＤ（１桁）

（ア）　レセプト管理番号は、保険者における該当（請求対象）レセプト管理番号を使用してください。

（11桁をすべて使う必要はありません。11桁未満の場合は、右詰め前ゼロでセットしてください。）

（イ）　請求年月は、再審査等を請求する年月4桁で構成してください。

（ウ）　請求回数は、当該請求月における通算請求回数を使用してください。

［例］4月10日　資格関係について請求　　1回目

4月20日　診療内容等について請求　　2回目

（エ）　ＣＤ（チェックデジット）は、レセプト管理番号、請求年月及び請求回数を対象として、ルーンズチェック方式により算出してください。

［例］	レセプト管理番号											請求年月				回数
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	0	8	0	4	1
	X1	X2	X1	X2	X1	X2	X1	X2	X1	X2	X1	X2	X1	X2	X1	X2
①	1	4	3	8	5	12	7	16	9	0	1	0	8	0	4	2
②	1	＋4	＋3	＋8	＋5	＋3	＋7	＋7	＋9	＋0	＋1	＋0	＋8	＋0	＋4	＋2＝62
③	10－2＝8															

［算出方法］

① ＣＤを除いた整理番号の末尾（請求回数）を起点として、順次2と1とを乗じる。

② 前①で算出した積の和を求める。ただし、積が2桁となる場合は1桁目と2桁目の数字の和を用いる。

③ 10と前②で算出した数の下1桁の差をチェックデジットとする。ただし、1の位の数が0のときはチェックデジットは0とする。

イ　標準外仕様

前アの整理番号のほか、保険者における該当（請求対象）レセプト管理番号を直接整理番号として使用することができます。この場合、請求年月、回数及びＣＤ（チェックデジット）はなくても差し支えありませんが、ルーンズチェック方式によるＣＤを付加されることをお奨めします。また、この方法による整理番号を使用される場合には、少なくとも1年間は同整理番号（管理番号）が重なることのないよう、ユニーク性を確保願います。

なお、同管理番号は、レセプトの所定位置（傷病名欄の右余白又は患者氏名欄の上部空白）に打番してください。

参考

再審査等結果明細レコード（情報活用）の出力仕様とイメージ

明細書ごとに、請求番号順の診療項目順とします。
査定分は増減点数を最小の単位とし、原審どおり分は診療項目を最小の単位とします。

〈出力イメージ〉

レコード区分	請求年月日～医療機関情報	請求番号	診療項目	増減点数		結果	査定事由	原審理由	増減点内容							
				符号	点数				診療行為・薬剤名	投与量・使用量				点数・回数等			
										前		後		前		後	
										数量	単位	数量	単位	固定点数	回数等	固定点数	回数等
3	患者A、X医療機関	01	21	1	1000	2	A	0	○○○細粒	15000000	g	0		0	0	0	0
3	患者A、X医療機関	01	21	0	0	2	A	0	△△△錠	10000000	錠	0		0	0	0	0
3	患者A、X医療機関	01	21	0	0	2		0		0		0		460000000	5	260000000	5
3	患者A、X医療機関	02	60	0	0	3		10		0		0		0	0	0	0
3	患者B、Y医療機関	01	21	0	0	3		03		0		0		0	0	0	0
3	患者B、Y医療機関	02	11	0	0	3		01		0		0		0	0	0	0

〈対応する明細書等の状況〉

区分	再審査等請求内訳票		明細書
	請求理由記入欄	再審査結果	
患者A X医療機関	1　○○○細粒 △△△錠10mg 2　◇◇◇検査	No. / 結果 / 査定事由 原審理由 1 / 査定 / A 2 / 原審 / 10	~~○○○細粒1.5~~ A ~~△△△錠10mg　1~~ A　26　130　100 ●●●カプセル　~~46~~ × 5　(~~230~~点)
患者B Y医療機関	1　□□□錠 2　■■■加算	No. / 結果 / 査定事由 原審理由 1 / 原審 / 03 2 / 原審 / 01	