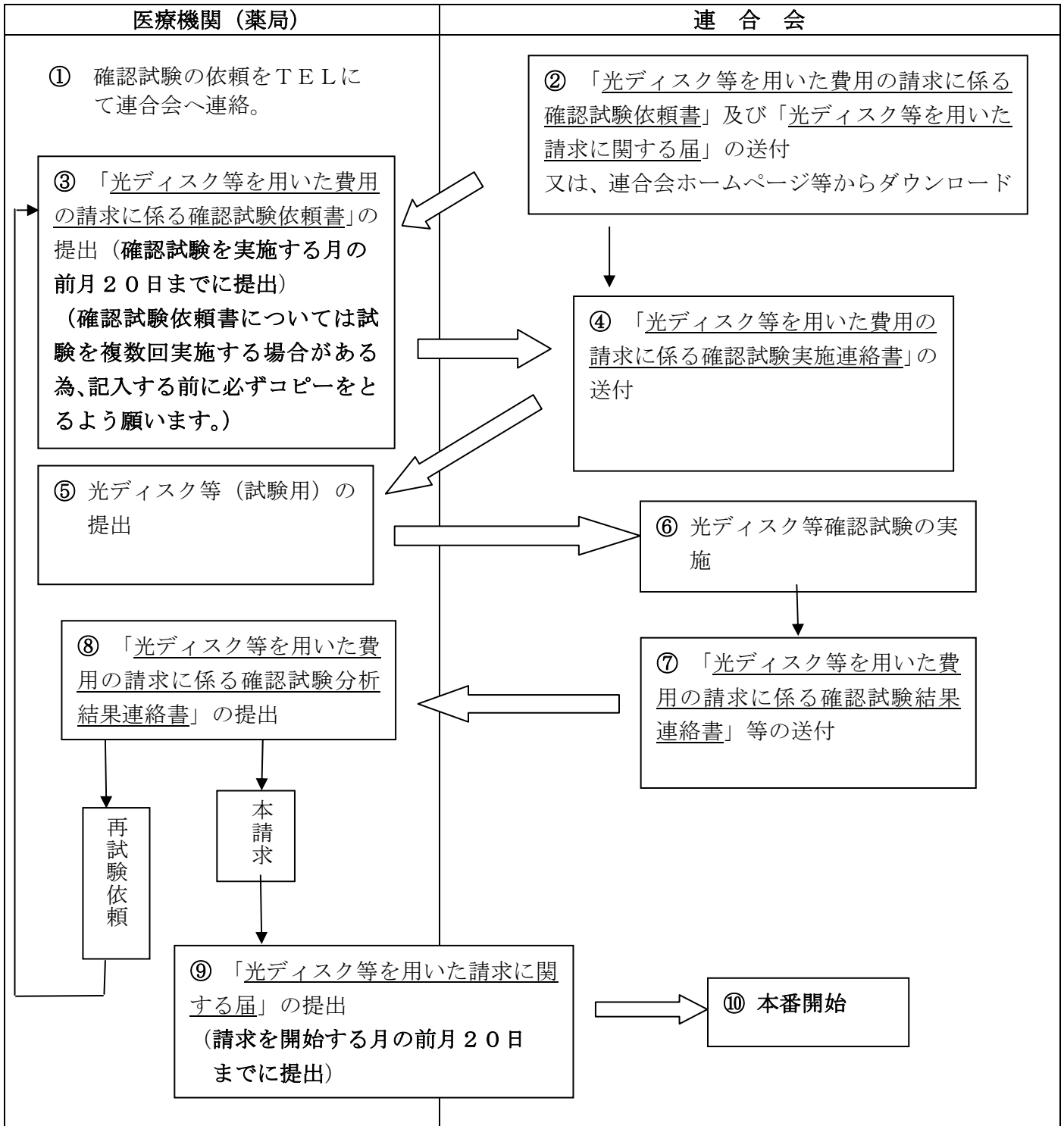


レセプト電算処理システム

光ディスク等本番開始までの流れ



平成 年 月 日

鹿児島県国民健康保険団体連合会 御中

住所
開設者 印
氏名

光ディスク等を用いた費用の請求に係る確認試験依頼書

光ディスク等を用いた費用の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。

点数表区分	医科・DPC・歯科・調剤	依頼回数	新規・回目
医療機関（薬局）コード	電話番号	
保険医療機関（薬局）名			
保険医療機関（薬局）所在地	〒		
プログラム名称			
ソフトメーカー名 (プログラムの作成者の氏名)			
電子媒体	F D	M O	CD-R
見込件数	入院・	入院外・	
備考			

《 作成要領 》

- 1 本依頼書は、保険医療機関（薬局）で作成する光ディスク等が厚生労働大臣の定めた記録条件仕様等に適合しているか事前に確認したい場合、保険医療機関（薬局）の所在する審査支払機関に医科、DPC、歯科及び調剤別に作成し提出する。
- 2 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。
- 3 「点数表区分」欄には、医科、DPC、歯科及び調剤の別を○で囲む。
- 4 「依頼回数」欄には、新規又は何回目の確認試験依頼か記入する。
- 5 「医療機関（薬局）コード」、「電話番号」、「保険医療機関（薬局）名」及び「保険医療機関（薬局）所在地（郵便番号を含む。）」欄には、保険医療機関届で届け出た記載内容を記入する。
- 6 「プログラム名称」欄には、ソフトの名称及びシリーズ名を記入する。
- 7 「ソフトメーカー名」欄には、ソフトメーカー名又はプログラムの作成者の氏名を記入する。
- 8 「電子媒体」欄には、記録する電子媒体を○で囲む。
- 9 「見込件数」欄には、確認試験を受ける際の見込件数を記入する。

平成 年 月 日

<保険医療機関（薬局）名>

御中

鹿児島県国民健康保険団体連合会

光ディスク等を用いた費用の請求に係る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ので、エラーレセプトがある場合は担当メーカーの方とご相談のうえ、エラー原因の調査及び分析をしていただき、改善方お願いします。

なお、その結果につきましては、「光ディスク等を用いた費用の請求に係る確認試験分析結果連絡書」を平成 年 月 日までに鹿児島県国民健康保険団体連合会あてご提出下さい。

記

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

平成 年 月 日

鹿児島県国民健康保険団体連合会 御中

<医療機関（薬局）コード>

<保険医療機関（薬局）名>

光ディスク等を用いた費用の請求に係る確認試験分析結果連絡書

（試験実施日： 年 月 日）

確認試験結果連絡書に基づき次のとおり分析しましたので連絡します。

なお、磁気レセプトによる請求については下記のとおりとしたのでよろしくお願ひします。

試験レセプト件数 (枚)	受付エラーレセプト件数 (枚)	改善を要するレセプト件数 (枚)	計

改善を要する事項		エラー原因	対 応
事 項 名	事項数		
		入力、マスターソフト、その他	
		入力、マスターソフト、その他	
		入力、マスターソフト、その他	
		入力、マスターソフト、その他	
		入力、マスターソフト、その他	
		入力、マスターソフト、その他	
		入力、マスターソフト、その他	
		入力、マスターソフト、その他	

記

- 1 平成 年 月診療分から磁気レセプトにより請求を開始する予定
- 2 再試験を希望する

作成要領

- 1 「医療機関（薬局）コード」欄及び「保険医療機関（薬局）名」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してください。
- 2 「（試験実施日： 年 月 日）」については、確認試験結果リストの実施日を記入してください。
- 3 「試験レセプト件数（枚）」欄及び「受付エラーレセプト件数（枚）」欄については、「受付エラー連絡票」の請求分件数及び受付エラー分件数欄の件数を記入してください。
- 4 「改善を要するレセプト件数」欄については、確認試験結果リストのレセプトページ番号・カルテ番号欄より集計したレセプト件数を記入してください。
- 5 「改善を要する事項」欄の「事項名」及び「事項数」については、確認試験結果リストからそれぞれの事項ごとに取りまとめて記入してください。
- 6 「エラー原因」欄については、該当するエラー原因のすべてを○印で囲んでください。
- 7 「対応」欄については、改善を要する事項に対し、その対応策を記入してください。
- 8 本報告書に書き切れない場合は、任意の続紙に記入し添付して下さい。

光ディスク等を用いた費用の請求に関する届

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光ディスク等を用いた
 開始
 費用の請求を することに
 変更
 規定に基づき届け出ます。

平成 年 月 日

住所
 開設者
 氏名
 鹿児島県国民健康保険団体連合会 御中

印

医療機関（薬局）コード				点数表区分	医科・DPC・歯科・調剤
保険医療機関（薬局）名				電話番号	
保険医療機関（薬局）所在地				郵便番号	-
プログラム名称					
ソフトメーカー名 (プログラムの作成者の氏名)					
請求開始・変更年月	平成 年 月請求分から				※受付印
電子媒体	FD	MO	CD-R		
記録形式	MS-DOS/CSV形式				
備考					

<作成要領>

- 1 この様式は、光ディスク等を用いた費用の請求を開始又は変更しようとするとき、保険医療機関（薬局）の所在する審査支払機関に医科、D P C、歯科及び調剤別に作成し提出する。
- 2 光ディスク等を用いた費用の請求を開始又は変更しようとするとき、その別を○で囲む。
- 3 「点数表区分」欄には、医科、D P C、歯科及び調剤の別を○で囲む。
- 4 「医療機関（薬局）コード」、「保険医療機関（薬局）名」、「電話番号」、「保険医療機関（薬局）所在地」及び「郵便番号」欄には、保険医療機関届で届け出た記載内容を記入する。
- 5 「プログラム名称」欄には、ソフトの名称及びシリーズ名を記入する。
- 6 「ソフトメーカー」欄には、ソフトメーカー名又はプログラムの作成者の氏名を記入する。
- 7 「請求開始・変更年月」欄には、光ディスク等を用いた費用の請求を開始又は変更しようとするときに、当該診療（調剤）報酬の請求年月を記入する。
- 8 「電子媒体」欄には、記録する電子媒体を○で囲む。