

オンライン請求システムによる再審査・取下げ請求について

オンライン請求医療機関等（訪問看護ステーションを除く）については、オンライン請求システムより再審査・取下げ（以下「再審査等」という。）請求を行うことができます。

なお、従来どおり紙媒体による請求も受付けております。再審査は「再審査請求書」、取下げは「返却請求書」の様式を本会ホームページより[ダウンロード](#)し、提出してください。

▶ オンライン請求システムによる再審査等請求の受付期間等について

- 受付期間は毎月5日～月末まで（土・日・祝日を含む）
- 受付時間は8時～21時まで（毎月8日～10日は24時まで受付可能）
- 毎月1日～4日及び12月29日～31日はシステム運用期間外のため受付不可

▶ 当月に請求されたレセプト（月遅れ請求を含む）の取下げについて

オンライン請求システムによる取下げ請求はできません。従来どおり「返却請求書」（紙媒体）を提出してください。

なお、本会ではお電話による取下げ請求は受付けておりませんのでご注意ください。

目次

1. [オンライン請求システムでの再審査等請求手順](#)
2. [再審査等請求ファイル作成時の注意事項](#)
3. [再審査等請求ファイル作成時の主なエラーメッセージ](#)

1. オンライン請求システムでの再審査等請求手順

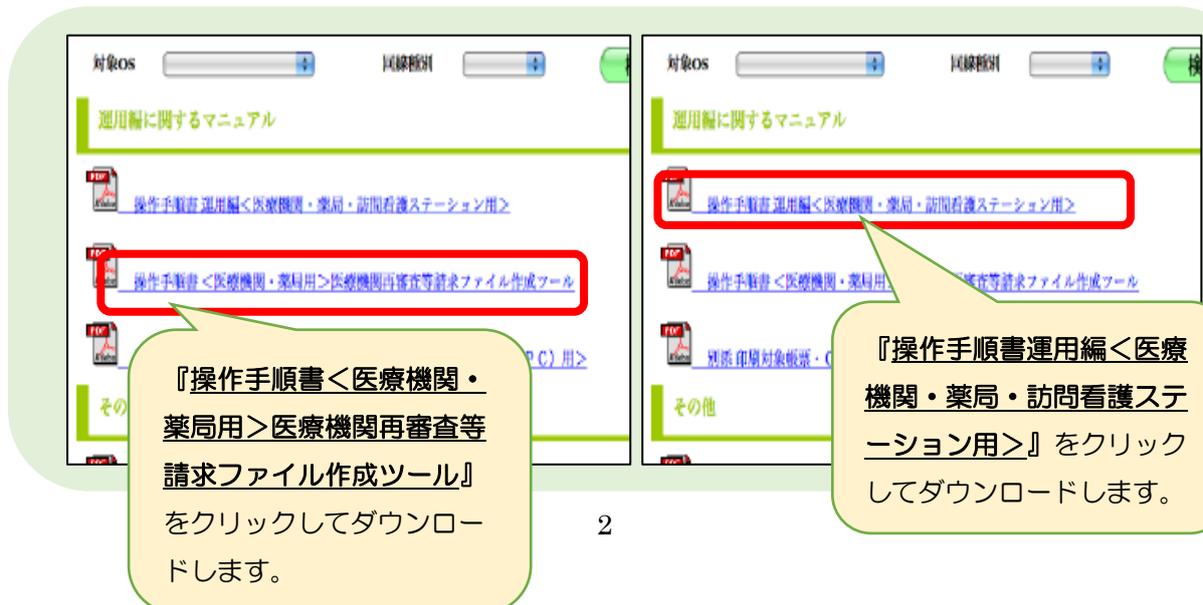
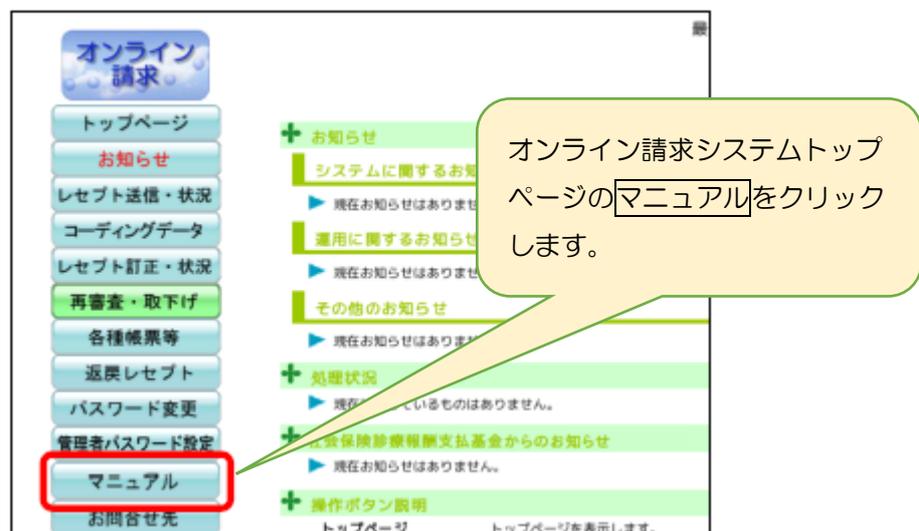
はじめに

本資料では、次の操作手順書に基づいて、手順の概要を記載しています。

- 『操作手順書<医療機関・薬局用>医療機関再審査等請求ファイル作成ツール』
- 『操作手順書運用編<医療機関・薬局・訪問看護ステーション用>』

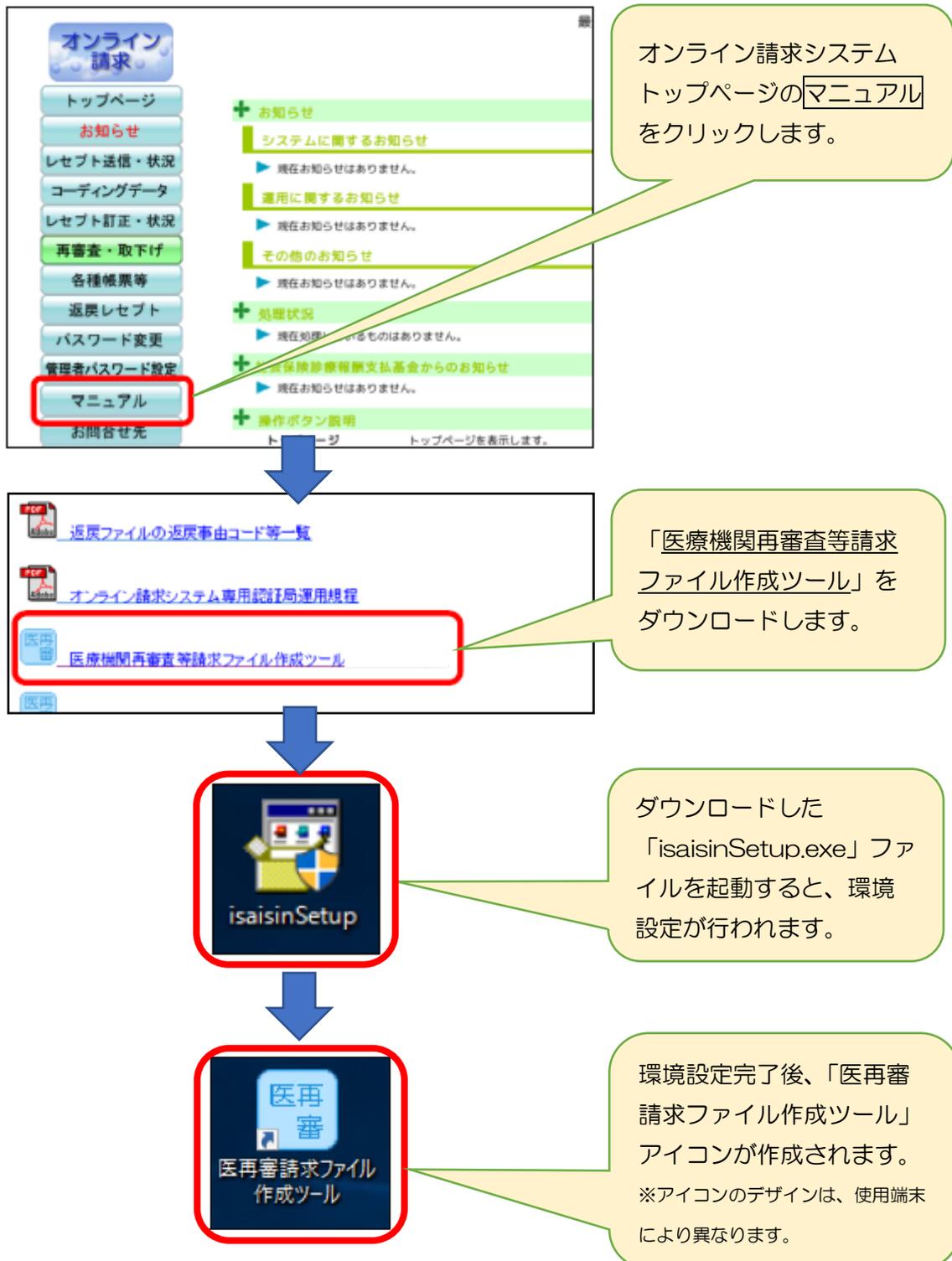
各項目において、参照元となる操作手順書を参照アイコンで示しています。詳細については、該当の操作手順書を確認してください。

① オンライン請求システムより、操作手順書をダウンロードします。



②「医療機関再審査等請求ファイル作成ツール」をダウンロードし、設定を行います。

参照 □ 『操作手順書<医療機関・薬局用>医療機関再審査等請求ファイル作成ツール』
→「初期設定編」



③ 「医療機関再審査等請求ファイル作成ツール」より、再審査等請求ファイルを作成します。

参照 『操作手順書<医療機関・薬局用>医療機関再審査等請求ファイル作成ツール』
→ 「運用編」

<主な入力項目及び入力方法>

主な入力項目及び入力方法は以下のとおりです。なお、詳細につきましては操作手順書を確認してください。

【医療機関（薬局）データ】

医療機関再審査等請求ファイル作成ツール Ver X.XX

医療機関(薬局)データを入力してください。(* は必須入力項目です。)

医療機関(薬局)データ

* 都道府県 01:北海道 ▼ * 点数表 1:医科 ▼ * 医療機関(薬局)コード

請求先を入力してください。(* は必須入力項目です。)

* 請求先 社会保険診療報酬支払基金 国民健康保険団体連合会

入力項目

医療機関（薬局）データ	
入力項目	入力方法
都道府県	「26:京都」を選択します。
点数表	「1:医科」「3:歯科」「4:調剤」のいずれかを選択します。
医療機関(薬局)コード	医療機関コードもしくは薬局コードを入力します。
請求先	「国民健康保険団体連合会」を選択します。

【再審査等請求データ（1/3）】

再審査等請求データ(1/3)	再審査等請求データ(2/3)	再審査等請求データ(3/3)
* 理由 <input type="radio"/> 再審査 * 再審査等対象種別 <input type="text" value="1:一次審査"/>		
<input type="radio"/> 取下げ 取下げ理由 <input type="text"/>		
* 都道府県 <input type="text" value="01:北海道"/> * 点数表 <input type="text" value="1:医科"/> * 医療機関(薬局)コード <input type="text"/> 診療科 <input type="text"/>		
再審査対象種別が突合再審査のとき、相手方薬局 都道府県 <input type="text"/> 薬局コード <input type="text"/>		
* 診療年月 <input type="text" value="5:令和"/> 年 <input type="text"/> 月 * 請求(調整)年月 <input type="text" value="5:令和"/> 年 <input type="text"/> 月		
* 明細書種別 <input type="text" value="1:単独"/> * 明細書区分 <input type="text" value="1:本人・入院"/> * 明細書の写しの有無 <input type="text" value="2:無"/>		

入力項目

再審査等請求データ（1/3）タブ									
入力項目	入力方法								
理由	「再審査」または「取下げ」のいずれかを選択します。								
再審査等対象種別	点数表が「1:医科」「3:歯科」の場合は、「1:一次審査」「2:突合再審査」「3:再審査」のいずれかを選択します。 点数表が「4:調剤」の場合は、「1:一次審査」「3:再審査」のいずれかを選択します。								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>対象種別</th> <th>減点通知の帳票名</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1:一次審査</td> <td>「増減点・返戻通知書」（様式 3-4）</td> </tr> <tr> <td>2:突合再審査</td> <td>「増減点・返戻通知書」（様式 3-4）または「過誤・再審査結果通知書」（様式 3-5）で、備考欄に薬局コード（7ケタもしくは10ケタのコード）の記載がある場合</td> </tr> <tr> <td>3:再審査</td> <td>「過誤・再審査結果通知書」（様式 3-5）</td> </tr> </tbody> </table>	対象種別	減点通知の帳票名	1:一次審査	「増減点・返戻通知書」（様式 3-4）	2:突合再審査	「増減点・返戻通知書」（様式 3-4）または「過誤・再審査結果通知書」（様式 3-5）で、備考欄に薬局コード（7ケタもしくは10ケタのコード）の記載がある場合	3:再審査	「過誤・再審査結果通知書」（様式 3-5）
対象種別	減点通知の帳票名								
1:一次審査	「増減点・返戻通知書」（様式 3-4）								
2:突合再審査	「増減点・返戻通知書」（様式 3-4）または「過誤・再審査結果通知書」（様式 3-5）で、備考欄に薬局コード（7ケタもしくは10ケタのコード）の記載がある場合								
3:再審査	「過誤・再審査結果通知書」（様式 3-5）								
取下げ理由	次のいずれかを選択します。								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>取下げ理由一覧</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1:記載事項不備のため</td> </tr> <tr> <td>2:傷病名等記載不備のため</td> </tr> <tr> <td>3:医薬品・診療項目等の記載不備のため</td> </tr> <tr> <td>4:資格関係、請求手続きの誤りのため</td> </tr> <tr> <td>5:労災保険への請求先変更のため</td> </tr> <tr> <td>6:自賠責保険への請求先変更のため</td> </tr> <tr> <td>7:公費負担医療との併用に変更のため</td> </tr> </tbody> </table>	取下げ理由一覧	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
取下げ理由一覧									
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									

再審査等請求データ (1/3) タブ

入力項目	入力方法
都道府県	医療機関（薬局）データに入力した情報が反映されます。
点数表	
医療機関 （薬局） コード	

再審査対象種別が突合再審査のとき、相手方薬局

都道府県	再審査等対象種別が「2:突合再審査」の場合、相手方薬局の都道府県を選択します。
薬局コード	再審査等対象種別が「2:突合再審査」の場合、相手方薬局のコードを入力します。

診療年月 ■再審査請求の場合：各通知書に記載の診療年月を入力します。（以下を参照）

（国保／後期 共通）増減点・返戻通知書による通知の場合

- ②の診療年月を入力します。
- ②に記載のない場合は、①の診療年月を入力します。

3-4 増減点返戻通知書

令和7年8月請求分 (7月診療分) 診療報酬明細書 (医薬品医療費支給明細書) を審査した結果、下記のとおり請求点数増減返戻がありましたのでお知らせします。 京都府国民健康保険団体連合会 令和7年9月1日 作成

科 別 入 外	法 別 ①②③	被 保 険 者 番 号 被 保 険 者 氏 名	増 減		一 部 負 担 金		返 戻		摘 要	診 療 年 月	備 考
			箇 所 事 由	増 点 / 増 額	減 点 / 減 額	増 額	減 額	日 数			
07	15								末梢血液一般検査	②	
			B						21×3 → 21×2		

（国保／後期 共通）過誤・再審査結果通知書による通知の場合

診療年月欄に記載された診療年月を入力します。

令和7年8月請求分 (7月診療分) 過誤・再審査結果通知書

たしました結果、下記のとおり決定しましたのでお知らせいたします。 京都府国民健康保険団体連合会 令和7年9月1日 作成

箇 所 事 由	増 点 / 増 額	減 点 / 減 額	一 部 負 担 金		返 戻		摘 要	診 療 年 月	備 考
			増 額	減 額	日 数	点 数 / 金 額			
192	80	D		56			特定疾患処方管理加算 (処方箋科) →	7 4	
							56×1 → 0	7 4	

■取下げ請求の場合：取下げ対象レセプトの診療年月を入力します。

再審査等請求データ (1/3) タブ

入力項目	入力方法																																																																																																		
請求 (調整) 年月	<p>■再審査請求の場合：各通知書に記載の請求年月を入力します。(以下を参照) (例) 令和7年8月請求分→令和7年8月請求と入力</p> <hr/> <p>(国保/後期 共通) 増減点・返戻通知書による通知の場合</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>式3-4 増 減 点 返 戻 通 知 書</p> <p>令和7年8月請求分 (7月診療分) 診療報酬明細書 (柔整療養費支給明細書) を審査した結果、下記のとおり請求点数 殿</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">科 別</th> <th rowspan="2">本 外</th> <th rowspan="2">法 ①</th> <th rowspan="2">別 ②</th> <th rowspan="2">③</th> <th rowspan="2">被保険者番号 被保険者氏名</th> <th colspan="2">増 減</th> <th colspan="2">一部負担金</th> <th colspan="2">返 戻</th> </tr> <tr> <th>箇所事由</th> <th>増点/増額</th> <th>減点/減額</th> <th>増 額</th> <th>減 額</th> <th>日数</th> <th>点数/金額</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td><td> </td> </tr> </tbody> </table> </div> <hr/> <p>(国保) 過誤・再審査結果通知書による通知の場合</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">国民健康保険過誤調整結果通知書</p> <p style="text-align: center;">令和 7 年 8 月請求分</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: small;"> <thead> <tr> <th>区分</th> <th>氏名</th> <th>受給者番号</th> <th>性別</th> <th>生年</th> <th>診療年月</th> <th>コード</th> <th>事由</th> <th>診療</th> <th>本票</th> <th>割合</th> <th>減免</th> <th>減額</th> <th>種別</th> <th>任意</th> <th>割引</th> <th>件数</th> <th>日数/回数</th> <th>点数</th> <th>費用額 (基準額)</th> <th>保険者負担分</th> <th>高額療養費</th> <th>二重</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td><td> </td> </tr> </tbody> </table> </div> <p>※「過誤・再審査結果通知書」には請求年月の記載がありません。 「過誤・再審査結果通知書」と併せて送付している「国民健康保険過誤調整結果通知書」に記載の「〇年〇月請求分」を請求年月として入力します。</p> <hr/> <p>(後期) 過誤・再審査結果通知書による通知の場合</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>令和7年8月請求分 (7月診療分) 過誤・再審査結果通知書 再審査いたしました結果、下記のとおり決定しましたのでお知らせいたします。 殿</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">険者番号 険者氏名</th> <th colspan="2">増 減</th> <th colspan="2">一部負担金</th> <th colspan="2">返 戻</th> </tr> <tr> <th>箇所事由</th> <th>増点/増額</th> <th>減点/減額</th> <th>増 額</th> <th>減 額</th> <th>日数 点数/金額</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </tbody> </table> </div>	科 別	本 外	法 ①	別 ②	③	被保険者番号 被保険者氏名	増 減		一部負担金		返 戻		箇所事由	増点/増額	減点/減額	増 額	減 額	日数	点数/金額													区分	氏名	受給者番号	性別	生年	診療年月	コード	事由	診療	本票	割合	減免	減額	種別	任意	割引	件数	日数/回数	点数	費用額 (基準額)	保険者負担分	高額療養費	二重																									険者番号 険者氏名	増 減		一部負担金		返 戻		箇所事由	増点/増額	減点/減額	増 額	減 額	日数 点数/金額							
科 別	本 外							法 ①	別 ②	③	被保険者番号 被保険者氏名	増 減		一部負担金		返 戻																																																																																			
		箇所事由	増点/増額	減点/減額	増 額	減 額	日数					点数/金額																																																																																							
区分	氏名	受給者番号	性別	生年	診療年月	コード	事由	診療	本票	割合	減免	減額	種別	任意	割引	件数	日数/回数	点数	費用額 (基準額)	保険者負担分	高額療養費	二重																																																																													
険者番号 険者氏名	増 減		一部負担金		返 戻																																																																																														
	箇所事由	増点/増額	減点/減額	増 額	減 額	日数 点数/金額																																																																																													
	<p>■取下げ請求の場合：「審査支払機関への当初請求年月」または、「返戻再請求年月」を入力します。</p>																																																																																																		

再審査等請求データ（1/3）タブ

入力項目	入力方法
明細書種別	<p>単独（公費なし）のレセプトは「1:単独」、公費併用のレセプトは「2:併用」を選択します。</p>
明細書区分	<p>レセプト情報に基づき、次のいずれかを選択します。</p> <p>1:本人・入院／2:本人・入院外／3:家族(6歳)・入院／4:家族(6歳)・入院外 5:家族(家族)・入院／6:家族(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</p>
明細書の写しの有無	<p>原則、「2:無」を選択してください。</p> <p><u>別途、症状詳記・画像・検査数値等の参考資料を添付される場合は、従来どおり「再審査請求書」（紙媒体）を使用のうえ、ホチキス止め等で提出してください。</u></p>

【再審査等請求データ (2/3)】

再審査等請求データ(1/3)	再審査等請求データ(2/3)	再審査等請求データ(3/3)
保険者番号 <input type="text"/>	記号 <input type="text"/> ※1	番号 <input type="text"/> ※1 ○で囲まれた記号は(継)のように入力してください。
公費負担者番号 <input type="text"/>	受給者番号 <input type="text"/>	
* 患者氏名(カナ) <input type="text"/> ※2	※2 姓名の間は1桁空けて入力してください。	
患者氏名(漢字) <input type="text"/> ※2		
* 生年月日	3:昭和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
* 請求点数 <input type="text"/> 点	一部負担金 <input type="text"/> 円	食事・生活療養費 <input type="text"/> 円 標準負担額 <input type="text"/> 円

主な入力項目

再審査等請求データ (2/3) タブ	
入力項目	入力方法
保険者番号	8桁で入力します。保険者番号が6桁の場合は、先頭に00を入力します。
記号	被保険者記号に漢字と数字が混在する場合は、 漢字を省略せず にすべて全角で入力します。 (数字を半角で入力されると、登録時に『再審査等請求データの被保険者証(手帳)等の記号が19桁以内の英数又は19桁以内の漢字ではありません。』とのエラーメッセージが表示されます。)
番号	被保険者番号を枝番を含めず入力します。
患者氏名(カナ)	被保険者氏名を半角カタカナで入力します。
患者氏名(漢字)	被保険者氏名を漢字で入力します。
生年月日	被保険者の生年月日を入力します。
請求点数	本会に請求された当初請求点数を入力します。 返戻再請求されたレセプトの場合は、再請求時の請求点数を入力します。

【再審査等請求データ (3/3)】

再審査等請求データ(1/3)
再審査等請求データ(2/3)
再審査等請求データ(3/3)

減点点数	減点事由	減点箇所	減点内容(全角100文字以内)	追加
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input type="button" value="追加"/>
<input type="button" value="削除"/>				

No.	減点点数	減点事由	減点箇所	減点内容

請求理由
(全角500文字以内)

主な入力項目

再審査等請求データ (3/3) タブ																																								
入力項目	入力方法																																							
減点箇所	<p>「増減点・返戻通知書」または「過誤・再審査結果通知書」に基づき入力します。</p> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> 減点箇所：各通知書の①「箇所」欄を参照 減点事由：各通知書の②「事由」欄を参照 																																							
減点事由	<ul style="list-style-type: none"> 減点点数：各通知書の③「減点/減額」欄を参照 減点内容：各通知書の④「摘要」欄を参照（100文字以内で入力） 																																							
減点点数	<p style="text-align: center;">増減点・返戻通知書 / 過誤・再審査結果通知書</p> <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px;"> <p style="font-size: small;">療報明細書（柔整療養費支給明細書）を審査した結果、下記のとおり請求点数増減返戻がありましたのでお知らせします。 京都府国民健康保険団体連合会 令和7年9月1日 作成</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th rowspan="2" style="width: 5%;">箇所</th> <th rowspan="2" style="width: 5%;">事由</th> <th colspan="2" style="width: 10%;">増 減</th> <th colspan="2" style="width: 10%;">一部負担金</th> <th colspan="2" style="width: 10%;">返 戻</th> <th rowspan="2" style="width: 10%;">摘 要</th> <th rowspan="2" style="width: 5%;">診療年月</th> <th rowspan="2" style="width: 5%;">備 考</th> </tr> <tr> <th>増点/増額</th> <th>減点/減額</th> <th>増額</th> <th>減額</th> <th>日数</th> <th>点数/金額</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>60</td> <td>A</td> <td></td> <td>49</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>HbA1c → 0 49×1 → 0</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>60</td> <td>JB</td> <td></td> <td>100</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>血管伸展性 → 0 100×1 → 0</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> </div>	箇所	事由	増 減		一部負担金		返 戻		摘 要	診療年月	備 考	増点/増額	減点/減額	増額	減額	日数	点数/金額	60	A		49					HbA1c → 0 49×1 → 0			60	JB		100					血管伸展性 → 0 100×1 → 0		
箇所	事由			増 減		一部負担金		返 戻					摘 要	診療年月	備 考																									
		増点/増額	減点/減額	増額	減額	日数	点数/金額																																	
60	A		49					HbA1c → 0 49×1 → 0																																
60	JB		100					血管伸展性 → 0 100×1 → 0																																
減点内容																																								

再審査等請求データ (3/3) タブ	
入力項目	入力方法
請求理由	再審査請求の場合 ：再審査請求理由を入力します。(全角 500 文字以内) <u>※全角 500 文字を超える場合は、従来どおり「再審査請求書」(紙媒体) を使用してください。</u>
	取下げ請求の場合 ：具体的な取下げ理由を入力します。(全角 500 文字以内) <u>※取下げ理由に以下の 1～3 を選択した場合、請求理由欄 (3/3 タブ) にできるだけ具体的な取下げ理由を入力いただきますよう、ご協力をお願いいたします。</u> 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

※本会では、作成ツールの入力情報に基づき対象レセプトを特定します。

入力情報と請求済レセプト情報に相違がある場合、後続処理ができないことがありますので、入力誤り等には十分ご注意ください。

なお、対象レセプトが特定できない場合、確認のご連絡をさせていただくことがあります。

④作成した再審査等請求ファイルをフォルダ等に保存します。

参照 『操作手順書<医療機関・薬局用>医療機関再審査等請求ファイル作成ツール』
→「運用編」

ファイルの保存（格納）先となるフォルダを作成します。



パソコンの任意の場所に新しいフォルダを作成します。



任意のフォルダ名に変更します。（左図は変更名の一例）



<ファイル保存時の注意点>

ファイル保存（格納）時は、送信回ごとにフォルダを作成いただく等、重複送信の防止に向けた対応をお願いいたします。

過去に送信済のファイルを重複して送信されると、本会にてエラーとなり、正しく処理ができません場合があります。

再審査等請求データ（3/3）タブより、ファイルの保存（格納）先を選択します。

No.	減点点数	減点事由	減点箇所	減点内容

参照をクリックし、上記で作成したフォルダを選択します。



（次ページに続く）



保存（格納）先を選択後、登録をクリックします。
以上でファイルの作成は完了です。

作成を終了する場合は、「中止」をクリックしてください。

○ファイルの命名規則について

- ・再審査等請求ファイルのファイル名は、「SAISINSAaYYYYMMDDbbbbbb.IRA」の形式で付与されます。（以下の表を参照）
- ・再審査等請求ファイルは、1つの再審査等請求に対して1ファイル作成されます。
- ・付与されたファイル名については、変更しないでください。

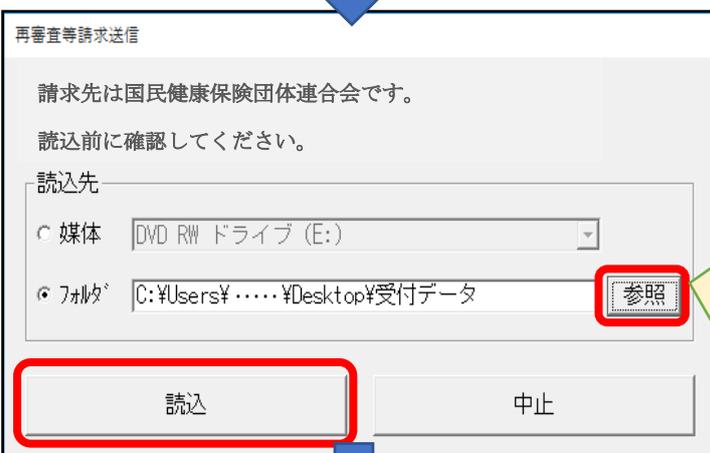
値	規則
SAISINSA	固定値
a	2:国民健康保険団体連合会
YYYYMMDD	作成年月日（西暦）
bbbbbb	通番（00001～99999） ※通番は格納先フォルダごとに割り振られます。
.IRA	拡張子（固定）

⑤作成した再審査等請求ファイルを送信します。

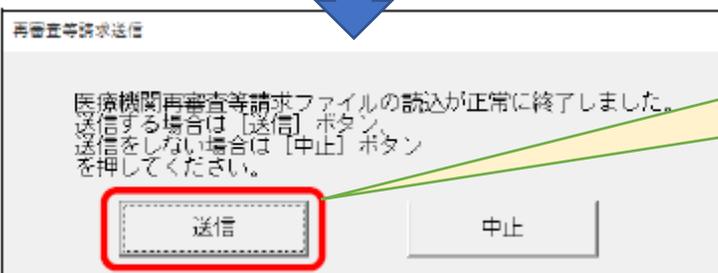
参照 ①『操作手順書運用編<医療機関・薬局・訪問看護ステーション用>』
→「再審査等請求を Web サイトから行う」



オンライン請求システム
トップページの
再審査・取下げ→送信より、
送信を開始します。
詳細については操作手順書
を確認してください。



読込先の選択画面が表示され
ます。参照より読込先を
選択し、読込をクリックし
ます。(左図は読込先が「フ
ォルダ」の場合)
※読込先フォルダの選択誤
りにご注意ください。



送信をクリックします。

以上で、再審査等請求ファイルの送信は完了です。

なお、送信済のデータについては、別途「送信済フォルダ」等で管理いただくことを推奨します。

⑥送信した再審査等請求ファイルの受付状況を確認します。

参照  『操作手順書運用編<医療機関・薬局・訪問看護ステーション用>』
→「再審査等請求状況を確認する」

再審査等請求ファイルの内容に不備等があった場合、受付不能となることがありますので、送信後に必ず受付状況の確認を行ってください。
受付状況の見方及び対応方法については以下のとおりです。



オンライン請求システム
トップページの
再審査・取下げ→**状況**
をクリックします。

再審査・取下げ状況確認

オンライン請求システムで登録した再審査請求・取下げ依頼が合計7件あります。
請求内容詳細表示ボタンで確認して下さい。
状況が「明細書送付依頼中」の請求を削除する場合は接続先の審査支払機関へご連絡下さい。
再審査等請求に伴う明細書の写し提出書を表示させる場合は写し提出ボタンを押して下さい。

10件表示

項番	送信年月日	問合せ番号 送付依頼受理番号	理由	診療年月	保険者番号・ 真接者番号	患者氏名(カナ) 生年月日	状況
1	H005.10	X000-X00-000150 -	再審査	H002	12345678	オンライン シロウ S98.120	受付不能 (マスター登録) 削除 明細表示
2	H005.10	X000-X00-000140 -	取下げ	H002	12345678	オンライン ミチコ S46.73	受付 (登録済み) 削除 明細表示
3	H005.10	X000-X00-000148 -	再審査	H002	12345678	オンライン シロウ S81.39	受付中 削除 明細表示
4	H005.10	X000-X00-000147 -	取下げ	H002	12345678	オンライン ミチコ S46.73	受付中 削除 明細表示
5	H005.8	X000-X00-000146 400001013005	取下げ	H002	12345678	オンライン シロウ H12.1	明細書 送付依頼中 明細表示 写し提出書

状況欄を確認します。
(確認方法は次ページ
を参照)

(状況欄の確認方法)

状況	状態と対応方法						
処理中	再審査等請求ファイルの送信が完了した状態です。受付状況に応じて、以下の状態に移行します。						
受付中	正常に受付されました。一定期間ののち、本会にて取り込みを行います。なお、 <u>取り込み完了後は、該当データが『再審査・取下げ状況確認』の画面一覧から非表示となり、以降、画面上での状況確認はできません。</u>						
警告 (重複あり)	<p>診療年月、保険者番号、被保険者記号・番号、生年月日が同一のデータを複数回送信した場合に表示されます。</p> <p>下表を参照のうえ、送信状況に応じて対応してください。</p> <table border="1" data-bbox="491 792 1329 1496"> <thead> <tr> <th>送信状況</th> <th>対応方法</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>過去に送信済の再審査等ファイルを、誤って再送信した場合 (重複送信)</td> <td>該当ファイルを状況欄の削除ボタンより削除します。</td> </tr> <tr> <td>「同一被保険者かつ同一診療月の入院レセプトと外来レセプト」もしくは「処方箋発行元が異なる調剤レセプト」に対する再審査等ファイルを送信した場合</td> <td>削除は不要です。 一定期間ののち、本会にて取り込みを行います。<u>取り込み完了後は、『再審査・取下げ状況確認』の画面一覧から非表示となり、以降、画面上での状況確認はできません。</u></td> </tr> </tbody> </table>	送信状況	対応方法	過去に送信済の再審査等ファイルを、誤って再送信した場合 (重複送信)	該当ファイルを状況欄の削除ボタンより削除します。	「同一被保険者かつ同一診療月の入院レセプトと外来レセプト」もしくは「処方箋発行元が異なる調剤レセプト」に対する再審査等ファイルを送信した場合	削除は不要です。 一定期間ののち、本会にて取り込みを行います。 <u>取り込み完了後は、『再審査・取下げ状況確認』の画面一覧から非表示となり、以降、画面上での状況確認はできません。</u>
送信状況	対応方法						
過去に送信済の再審査等ファイルを、誤って再送信した場合 (重複送信)	該当ファイルを状況欄の削除ボタンより削除します。						
「同一被保険者かつ同一診療月の入院レセプトと外来レセプト」もしくは「処方箋発行元が異なる調剤レセプト」に対する再審査等ファイルを送信した場合	削除は不要です。 一定期間ののち、本会にて取り込みを行います。 <u>取り込み完了後は、『再審査・取下げ状況確認』の画面一覧から非表示となり、以降、画面上での状況確認はできません。</u>						
受付不能 (マスタ未登録)	医療機関(薬局)コードまたは保険者番号に誤りがあるため、受付できません。 受付不能となったファイルを削除ボタンより削除してください。 ファイル内容を確認・修正のうえ再度送信してください。						
受付不能 (過去請求済)	全く同一のファイルを既にも送信済のため、受付できません。該当ファイルを削除ボタンより削除してください。						

2. 再審査等請求ファイル作成時の注意事項

再審査・取下げ請求 共通ルール

▶入力について

被保険者記号に漢字と数字が混在する場合の入力方法について

漢字は省略せずに入力してください。

また、被保険者記号に漢字と数字が混在する場合は、すべて全角で入力します。

数字を半角で入力されると、登録時に『再審査等請求データの被保険者証（手帳）等の記号が19桁以内の英数又は19桁以内の漢字ではありません。』とのエラーメッセージが表示されます。

被保険者番号と枝番の入力について

「番号」欄に枝番の入力は不要です。被保険者番号のみ入力してください。

請求理由欄の入力について① <改行・スペース（空白）の使用>

本会にて取り込み後にエラーとなるため、改行・スペース（空白）の使用は避けていただきますよう、ご協力をお願いいたします。

請求理由欄の入力について② <環境依存文字の使用>

本会にて取り込み後にエラーとなるため、「ー」「～」等の記号については、環境依存文字の使用は避けていただきますよう、ご協力をお願いいたします。

▶送信について

同一ファイルの複数回送信について

オンライン請求システムトップページから、「再審査・取下げ」→「状況」へと進み、『再審査・取下げ状況確認』画面より、該当データを削除してください。

なお、既に本会にて取り込み済の場合、オンライン請求システム上での削除が不可のため、下記担当宛にご連絡いただきますようお願いいたします。

(再審査請求) 審査管理課審査管理係 075-354-9022

(取下げ請求) 審査管理課調整係 075-354-9021

再審査等請求ファイルの重複送信について

再審査等請求ファイルを送信される際は、読込先フォルダに前回送信分が含まれていないことを確認のうえ送信してください。

前回送信分が含まれていると、本会にてエラーとなる他、同一レセプトの複数回返戻等の原因となるため、送信の際は十分ご注意ください。

▶請求方法について

同一レセプトに対する再審査・取下げの同時請求について

同一レセプトに対し、再審査請求と取下げ請求を同時に行うことはできません。

減点通知に対する申し立てがある場合は、再審査請求にて審査決定したのち、取下げ請求を行ってください。ただし、取下げたレセプトを再請求される際、審査決定した項目に係る修正等ではできませんのでご注意ください。

また、取下げ請求済のレセプトに対し再審査請求を行うことはできませんので、取下げ請求を行う場合は、減点に対する再審査請求を行わないことを確認のうえ、手続きをいただきますようお願いいたします。

再審査請求時の注意事項

紙媒体による再審査請求について

以下の場合、「再審査請求書」（紙媒体）を使用してください。

- ・ 症状詳記・画像・検査数値 等の参考資料を添付される場合
- ・ 請求理由が全角500文字を超過する場合
- ・ 再審査請求を行う項目（減点項目）が6項目以上の場合

再審査請求の申し立て期間について

原則として、減点通知が届いた月から6ヶ月以内に申し立てをお願いいたします。

6ヶ月を超過した申し立てについては、受付いたしかねる場合があります。

再審査請求により審査決定済のレセプトに対する再度の申し立てについて

再審査請求による審査決定に対して、再度の再審査請求は原則認められませんのでご注意ください。

「請求点数」「減点点数」について

「請求点数」は、減点前の当初請求点数を入力してください。

「減点点数」は、増減点・返戻通知書もしくは過誤・再審査結果通知書の「減点／減額」欄に基づき入力してください。

取 下 げ 請 求 時 の 注 意 事 項

紙媒体による取下げ請求について

以下の場合、「返却請求書」（紙媒体）を使用してください。

- ・ 当月に請求されたレセプトの取下げ
- ・ 「福祉及び子育て支援医療費請求書」（43、44、45）に係る請求の取下げ

減点通知に対する取下げ請求について

減点通知に対して取下げ請求を行い、病名等の追加・修正等を行うことはできません。
減点通知に係る申し立てをされる場合は、再審査請求を行ってください。

請求点数の入力について

請求点数は、本会に請求された当初の請求点数を入力してください。
ただし、過誤等の返戻により請求点数を変更し再請求された場合は、変更後の請求点数を入力してください。
なお、請求点数に入力誤りがあった場合、レセプトが特定できず取下げ不可となることがあります。

<薬局のみ>ひと月に処方箋の異なるレセプトが複数ある場合の取下げについて

同一被保険者で、ひと月に処方箋の異なるレセプトが複数ある場合、取下げ請求ファイルはレセプト単位で作成してください。（下記の例を参照）

なお、上記の取下げ請求をされた場合、本会では「請求点数」でレセプトを特定します。
請求点数が不一致の場合は取下げ不可となりますので、入力誤りのないよう十分ご注意ください。

（例）令和7年9月診療分 ①処方箋がA医療機関のレセプト（請求点数 100点）
②処方箋がB医療機関のレセプト（請求点数 500点）

⇒①のみを取下げの場合、請求点数 100点の取下げ請求ファイルを作成する。

⇒①、②の両方を取下げの場合、請求点数 100点と 500点の取下げ請求ファイルをそれぞれ 2 ファイル作成する。

（※①、②の請求点数を合算し、1つの取下げ請求ファイルとして作成することは不可）

振替・分割されたレセプトに対する取下げ請求について

「資格確認結果連絡書」で通知があったレセプトを取下げる場合、保険資格や請求点数等のレセプト情報については、振替・分割後の情報を入力する必要があります。

○振替されたレセプトを取下げる場合

振替後のレセプト情報で取下げ請求を行います。

都道府県コード 26		月分		資格確認結果連絡書		ページ	
医療機関(薬局)コード		御中				京都府国民健康保険団体連合会	
年月	保険者番号等	氏名・カルテ番号等	生年月日	処理区分	請求内容	資格確認結果内容	
				振替	審査支払機関：国保 保険者番号： 記号： 番号： 枝番： 資格取得日： 資格喪失日：	審査支払機関：社保 保険者番号： 記号： 番号： 枝番： 資格取得日： 資格喪失日： レセプト種別 診療実日数： 合計点数： 検票番号：	振替後の情報

取下げ請求時は、振替後（「資格確認結果内容」を参照）のレセプト情報を入力する。

○分割されたレセプトを取下げる場合

振替時と同様に、分割後のレセプト情報で取下げ請求を行います。

なお、分割後のレセプトを取下げる場合は、取下げ内容に応じて、片方もしくは両方のレセプトに対して取下げ請求を行ってください。

年月	保険者番号等	氏名・カルテ番号等	生年月日	処理区分	請求内容	資格確認結果内容	
				分割	審査支払機関：国保 保険者番号： 記号： 番号： 枝番： 資格取得日： 資格喪失日： レセプト種別 診療実日数： 合計点数：	審査支払機関：国保 保険者番号： 記号： 番号： 枝番： 資格取得日： 資格喪失日： レセプト種別 診療実日数： 合計点数： 検票番号：	分割後の情報

取下げ請求時は、分割後（「資格確認結果内容」を参照）のレセプト情報を入力する。
なお、取下げ内容に応じて、片方もしくは両方のレセプトに対し取下げ請求を行う。

※被用者保険に振替・分割されたレセプトに対する取下げ請求の

提出先は、支払基金となりますのでご注意ください。

取下げ理由の入力について

取下げ理由に以下の1~3を選択された場合は、別途、請求理由欄（「再審査等請求データ(3/3)タブ」）に、下表の入力例を参考に、**できるだけ具体的な取下げ理由**（項目、変更内容等）を入力いただきますよう、ご協力をお願いいたします。

取下げ理由	「請求理由」欄への入力例
1:記載事項不備のため	<ul style="list-style-type: none"> • 診断群分類変更のため • 病名を〇〇→△△に訂正のため • 〇〇料を△日分算定もれのため追加 • 〇〇検査に対する△△加算を削除
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	

なお、レセプトの内容により、取下げ理由について確認のご連絡をさせていただく場合があります。

○「返却請求書」（紙媒体）の「取り下げ理由」について

※「返却請求書」（紙媒体）による取下げ請求においても、取下げ理由に「請求点数誤り（洩れ）」または「その他」を選択された場合は、余白部分に**できるだけ具体的な取下げ理由**を記載いただきますよう、ご協力をお願いいたします。

取り下げ理由	医保・労災・生保・自賠責 に変更の為 国保⇒退職 ・ 退職⇒国保 に変更の為 ・ 給付割合の変更 記号・番号誤り 公費負担者番号誤り(洩れ) 請求点数誤り(洩れ) その他⇒
	(例) 〇〇検査について、2回→1回に修正するため

3. 再審査等請求ファイル作成時の主なエラーメッセージ

エラーコード	エラーメッセージ	対応方法
SOISAI-W276	再審査等請求データの保険者番号が8桁の英数ではありません。	国保保険者の場合、保険者番号の前に「00」を入力
SOISAI-W347	再審査等請求データの被保険者証（手帳）等の記号が19桁以内の英数又は19桁以内の漢字ではありません。	被保険者記号に漢字が含まれている場合、 <u>漢字・数字とも全角</u> で入力
SOISAI-W348	再審査等請求データの被保険者証（手帳）等の番号が19桁以内の英数又は19桁以内の漢字ではありません。	被保険者番号にハイフンが含まれている場合、 <u>ハイフン・数字とも全角</u> で入力
RCSISD-W268	再審査等請求データの請求（調整）年月が送信年月と同月となっています。	当月に請求されたレセプトは、オンライン請求システムでの取下げは不可

※エラーメッセージの一覧及び再審査等請求ファイルのレイアウトは、オンライン請求システムの「お知らせ」に掲載しております。

その他、不明点等については、オンライン請求システムヘルプデスク（0120-60-7210）にお問い合わせください。

<本資料に関するお問い合わせ>

京都府国民健康保険団体連合会

（再審査請求） 審査管理課審査管理係 075-354-9022

（取下げ請求） 審査管理課調整係 075-354-9021