

保険医療機関 各位
(歯科)

兵庫県国民健康保険団体連合会

レセプト電算処理歯科システムに係る確認試験の実施について（お知らせ）

本会の業務運営につきましては、平素から格別のご理解を賜り厚くお礼申し上げます。
さて、平成 20 年 10 月 3 日に厚生労働省保険局運用のホームページ「診療報酬情報提供サービス」において、レセプト電算処理歯科システムで使用する記録条件仕様、標準仕様及び各種マスタコードが公表されました。

これらにつきましては、今後、「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格について」をもって厚生労働省から正式に通知されることとなります。

さらに、「保険医療機関又は保険薬局に係る電子情報処理組織等を用いた費用の請求に関する取扱要領」の一部が改正され、平成 21 年 3 月請求分からフレキシブルディスク（FD）又は光ディスク（MO 及び CD-R）を用いた電子レセプトによる費用の請求が可能となります。

つきましては、保険医療機関で作成するフレキシブルディスク又は光ディスクが、厚生労働大臣が定めた記録条件仕様等に適合しているかどうかを事前に確認するための確認試験を別紙 1「光ディスク等を用いた費用の請求に係る確認試験実施の流れについて」の手順により、入院外レセプトを対象として、平成 21 年 1 月から実施することとしましたのでご連絡いたします。

なお、確認試験の実施に当たっては、別紙 2「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」（以下「確認試験依頼書」という。）に所要事項を記入のうえ、本会にお申し込み願います。

おって、確認試験依頼書は下記のホームページからも入手できますので念のため申し添えます。

記

確認試験に関する書類	入手先
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	国保中央会ホームページ (http://www.kokuho.or.jp) からダウンロード可能
	厚生労働省ホームページ（「診療報酬情報提供サービス」） (http://www.iryohoken.go.jp) からダウンロード可能 (ただし、「保険医療機関又は保険薬局に係る電子情報処理組織等を用いた費用の請求に関する取扱要領」の一部改正後となります。)

【確認試験に関する問い合わせ及び提出先】

業務管理部 業務第 1 課第 4 係

TEL 078-332-5635

FAX 078-332-0985

光ディスク等を用いた費用の請求に係る確認試験実施の流れについて

保険医療機関	国保連合会	説明
<p>確認試験依頼書</p> <p>②</p> <p>試験用電子レセプト作成</p> <p>試験用電子媒体</p> <p>④</p> <p>⑤ エラー原因の分析</p> <p>(再度試験を行う場合)</p> <p>確認試験依頼書</p> <p>(本請求に移行する場合)</p> <p>光ディスク等を用いた費用の請求に関する届出</p>	<p>①</p> <p>試験予定日等の調整</p> <p>確認試験実施連絡書</p> <p>③</p> <p>確認試験</p> <p>・ 確認試験結果連絡書 ・ 受付エラー連絡票 ・ 確認試験結果リスト ・ 出力紙レセプト (エラー分)</p> <p>⑥</p> <p>⑦</p>	<p>① 確認試験依頼書(このお知らせ文書の別紙 2 又は国保中央会ホームページ等からダウンロード)に必要事項を記入の上、確認試験実施前月の 20 日までに国保連合会へ FAX 又は郵送等により提出する。<u>(ただし、平成 21 年 1 月の確認試験については平成 21 年 1 月 8 日(木)まで提出可能)</u></p> <p>② 国保連合会から保険医療機関へ試験用光ディスク等の提出期日、確認試験の実施予定日及び試験結果帳票等の発送予定日を記載した確認試験実施連絡書を FAX 又は郵送等により送付する。</p> <p>③ 確認試験実施連絡書に記載の提出期日までに、試験用光ディスク等を国保連合会へ郵送等にて提出する。</p> <p>④ 国保連合会から確認試験結果連絡書に試験結果帳票等を添え、保険医療機関へ郵送等により送付する。</p> <p>⑤ エラー原因の分析</p> <p>⑥ 再試験を希望する場合は、①に戻る。</p> <p>⑦ 「光ディスク等を用いた費用の請求に関する届出」を提出する。(本請求への移行手続き等については、別途お知らせします。)</p>

別紙 2

平成 年 月 日

兵庫県国民健康保険団体連合会 様

住 所
開設者
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・D P C・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	C D-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、D P C、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、D P C、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。