

別紙

審査及び支払事務の概要

契約書第1条第2項に掲げる関係法令等に基づき行われる基金の審査及び支払事務の概要を以下のとおり示すものとする。

第1 診療報酬請求の受付及び事務点検

1 診療報酬請求の受付

(1) 電子レセプトによる受付

保険医療機関及び保険薬局から毎月10日までに電子的手法によるレセプトデータ（以下「電子レセプト」という。）を厚生労働大臣の定める方式に従って電子情報処理組織を使用して基金の電子計算機に備えられたファイルに記録されたとき又は基金支部が厚生労働大臣の定める方式等に従って電子レセプトを記録した光ディスク等の提出を受けたときは、これを受け付ける。

(2) 紙レセプトによる受付

基金支部が保険医療機関、保険薬局及び訪問看護ステーション（以下「保険医療機関等」という。）から毎月10日までに診療報酬請求書、調剤報酬請求書及び訪問看護療養費請求書並びにこれらに添付された診療報酬明細書、調剤報酬明細書及び訪問看護療養費明細書の紙レセプトの形態での提出を受けたときは、これを受け付ける。

2 診療報酬明細書等の事務点検等

前1により受け付けた電子レセプト及び紙レセプト（以下「診療報酬明細書等」という。）について、記載漏れ、誤記その他の記載事項の不備がないか、また、個別の請求点数、集計等に誤りがないか点検（以下「事務点検」という。）を行う。

事務点検の結果、記載事項の不備のため返戻を要するものがあつたときは、その理由を付して保険医療機関等に返戻する。また、個別の請求点数が「診療報酬点数表」等に定められたものと異なっている場合又は集計誤り等の場合には、事務点検の中で補正する。

事務点検の終了した診療報酬明細書等のうち、調剤報酬に係るものについては第3による保険者への請求額及び保険医療機関等への支払額の算出を行う。その他については、第2の1及び2による審査を行う。

第2 診療報酬明細書等の審査

1 診療報酬に係る審査

(1) 職員による審査事務

ア 審査事務

審査委員会の審査が効率的に行えるよう、審査委員会の審査に先立ち、診療報酬明細書（電子レセプトによるものを含む。以下同じ。）について点検し、「保険医療機関及び保険医療費担当規則」や「診療報酬点数表」等に定められている保険診療ルールに適

合していないと思われる診療報酬明細書の該当項目について疑義付せん等を貼付する。

イ 審査委員会への提出

前アの事務を終了した診療報酬明細書は、審査委員会に提出する。

なお、基金法第16条第1項に規定する厚生労働大臣が定める高点数の診療報酬明細書は、特別審査委員会に提出する。

(2) 審査委員会による審査

ア 審査の手順

(ア) 職員による審査事務が終了し審査委員会に提出された診療報酬明細書は、診療科別に分け、あらかじめ担当を定めた審査委員が審査する。

(イ) 原則として8万点以上の診療報酬明細書（前(1)のイなお書きの特別審査委員会に提出するものを除く。）については、審査専門部会において入念に審査する。

(ウ) 前(1)のイなお書きの診療報酬明細書は、基金本部に設置する特別審査委員会において審査する。

イ 審査上の権限等

審査委員会（特別審査委員会を含む。ウにおいて同じ。）は、審査のため必要と認めるときは、保険医療機関等から説明を求め、又は診療録等の書類の提出を求める。

審査の結果、著しい不正又は不当の事実を発見したときは、地方厚生局等に遅滞なく通報する。

ウ 審査の決定

審査委員会は、審査委員の2分1以上が出席して合議により、診療報酬明細書に記載された請求内容の適否について次により決定する。

① 保険診療ルールに適合していると判断されたものは「請求どおり」とする。

② 保険診療ルールに適合していないと判断されたものは「査定」とする。

ただし、審査の決定に当たり保険医療機関等に症状詳記を求める必要があると思われる事例等特に疑義が生じたもの、又は請求内容に不備があるもの等は原則として「返戻」して再提出を求める。

2 訪問看護療養費に係る審査

訪問看護療養費明細書の審査については、前1と同様の手続きにより行う。ただし、特別審査委員会及び審査専門部会における審査は行わない。

3 調剤報酬に係る審査

保険者から調剤報酬請求について審査の申出（調剤報酬明細書（電子レセプトによるものを含む。以下同じ。）の合計点数が1500点以上のもの）があった場合は、保険者から提出された保険医療機関の診療報酬明細書と保険薬局の調剤報酬明細書を突合して、院内投薬の審査と同様に審査する。

調剤報酬に係る審査は、調剤審査部会において前1と同様の手続きにより行う。ただし、特別審査委員会及び審査専門部会における審査は行わない。

4 再審査

保険者又は保険医療機関等から、前1から3までの審査の決定に対する不服による再審査

の申出のあった場合は、申出の内容について当該診療報酬明細書等を再度審査する。

再審査は、再審査部会において前1と同様の手続きにより行う。ただし、審査専門部会における審査は行わない。

第3 保険者への請求額及び保険医療機関等への支払額の算出

1 診療報酬明細書等の計数整理

第1の2における事務点検により補正したもの又は第2の1及び2における審査の結果、査定となったものは、当該診療報酬明細書等の計数を整理し、決定点数又は決定金額を算出する。

なお、保険医療機関等に対しては、増減点数又は増減金額、増減事由等について増減点連絡書により連絡する。

2 診療報酬請求額及び支払額の算出

計数整理を終了した診療報酬明細書等は、保険者別及び保険医療機関等別に集計し、各保険者への請求額及び各保険医療機関等への支払額を算出する。

3 再審査等調整

第2の3及び4における調剤報酬に係る審査及び再審査の結果、診療報酬明細書等が査定となった場合及び被保険者等の資格関係誤り等により当該保険医療機関等に返戻する場合は、保険者への請求額及び保険医療機関等への支払額から異動する金額を加減して調整する。

なお、保険者又は保険医療機関等に対しては、調整した増減点数又は増減金額、増減事由等について、それぞれ再審査等結果通知書又は再審査等支払調整額通知票等により連絡する。

第4 保険者への診療報酬及び事務費の請求並びに保険医療機関等への支払

1 保険者への診療報酬等の請求

基金支部は、同一の都道府県に所在する保険者に対し、自ら審査等を行った診療報酬明細書等と他の基金支部で審査等を行った診療報酬明細書等を取りまとめ、払込請求書等請求関係書類と併せて送付し、診療報酬及び事務費を請求する。

2 保険者からの診療報酬の収納及び保険医療機関等への支払

前1の結果、保険者から契約で定める期日までに収納した診療報酬は、当該期日の翌日以降速やかに金融機関を通じて保険医療機関等に支払う。

