

鍼灸・マッサージの療養費支給申請書に係る業務委託仕様書

1 業務名

鍼灸・マッサージの療養費支給申請書に係る業務

2 委託期間

契約締結日から令和6年3月31日まで

3 委託対象及び件数

鍼灸・マッサージの療養費支給申請書（令和5年5月受付分～令和6年3月受付分）
件数 約8,100件/月

4 業務内容

(1) 療養費支給申請書及び同意書等付随資料等の收受・搬送

受託者は、毎月、京都府後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）が指定する日時に、指定する場所において療養費支給申請書及び同意書等付随資料（以下「支給申請書等」という。）及び総括表を受領し、作業場所へ搬送するものとする。

なお、この受領及び搬送は、郵送や配送ではなく、必ず受託者の従業員2人以上又は受託者の従業員及び安全性が十分担保された警備員の計2人以上による直接搬送により、受託者の費用負担及び責任で行うものとする。

(2) 支給申請書等の確認及び仕分け、付番

受託者は、支給申請書等の確認及び仕分け、付番について、以下のとおり実施すること。

- ① 作業場所で開封した支給申請書等と施術師ごとの総括表との突合を行い、件数及び金額が一致していることを確認すること。
- ② ①の結果、一致していない場合は、総括表について必要な訂正を行い、支給申請書等の訂正箇所には付箋で明示するとともに、広域連合へ訂正内容を報告すること。
- ③ 支給申請書等はステープルをすべて外し、引渡し時の順番のとおり、はり個人、はり別送、はり団体、あんま個人、あんま別送、あんま団体の順に並べ仕分けすること。なお、施術師の誤り等により、支給申請書等の並びや組合せが適当でないものがある場合は、適切な配置に並び替えること。また、内訳書等、同一の資料の添付が必要な複数の申請に対し資料が不足する場合は受託者が複写し補うこと。
- ④ 支給申請書等1枚ごとに、表面の右上に赤色の数字で、次に示すと通りの6桁の番号から開始し連続した数字（以下、「打番」という。）で付番すること。

・はり個人 000001

・はり別送 100001

- ・はり団体 200001
- ・あんま個人 300001
- ・あんま別送 400001
- ・あんま団体 500001

- ⑤ 総括表については付番しないこととし、支給申請書等引渡し時の順番のとおり、支給申請書等とは区別の上、整理すること。
- ⑥ 支給申請書等が格納されていた事業所名入りクリアファイルは、支給申請書等引渡し時の順番のとおり返却すること。

(3) 支給申請書等のデータ作成

受託者は、次のとおり支給申請書等のデータを作成し、支給申請書等引渡し月の25日(当広域連合閉庁日(以下、「閉庁日」という。))の場合はその直前の当広域連合開庁日(以下、「開庁日」という。))までに光学ディスクで納品すること。

① 支給申請書等パンチデータ

- ・別紙「パンチデータ項目表」(別表1)に記載した項目を入力及び検証し、広域連合が指定する項目について、広域連合が指定する形式でパンチデータを作成すること。
- ・パンチデータは、広域連合のシステムに取込むことを目的としたSAMファイル形式で提出すること。
- ・SAMファイル形式の構成については、別表1-1及び別表1-2に示すとおりとする。
- ・使用する文字コードは、半角英数字及び半角カナはUTF-8とし、全角ひらがな、全角カナ及び漢字はUTF-16とすること。
- ・パンチデータの作成作業は2名以上を従事させ、ダブルパンチにより入力の精度を確保すること。
- ・納品後、パンチ入力の誤り等修正が必要になる場合は、広域連合が指示する通りSAMファイルをパンチ修正すること。また、返戻が確定しているものには広域連合から削除指示を行うので、受託者は適宜パンチ修正対応すること。

② 支給申請書等画像データ

- ・容易に判読が可能な解像度(300dpi以上)でスキャニングして画像データを作成すること。
- ・スキャニング方式については、支給申請書等の保護を目的として、支給申請書等を原稿台と原稿カバーとの間に挟み読取する方式または自動原稿送り装置を使用して支給申請書等の上辺から読取する方式のいずれかとし、支給申請書等の表面及び裏面等記載がある面を全てスキャニングすること。
- ・申請1件当たり1ファイルのマルチページTIFF形式に加工し納品すること。
- ・申請件数と納品する画像ファイル数とが等しいこと。

- ・画像ファイル名は半角数字 10 桁とし、画像ファイルに係る「受付年月（西暦下 2 桁+月 2 桁）+打番」を表す名を付すこと。

③ 支出予定一覧（エクセル）

- ・申請 1 件ごとの診療年月、被保険者番号、生年月日、初療年月日、施術開始年月日、施術終了年月日、実日数、合計金額、請求金額がわかるエクセルファイルを作成すること。なお、当該情報が分かるデータであれば、受託者が取扱うシステムによる成果物等で差し支えない。

(4) 支給申請書等の内容点検

- ① 受託者は、厚生労働省通知「はり師、きゅう師及びあん摩・マッサージ指圧師の施術に係る療養費の支給について」、「はり師、きゅう師及びあん摩・マッサージ指圧師の施術に係る療養費の支給の留意事項等について」等を踏まえ、療養費の適正化に向け、次の手順により、単価・計算根拠・請求金額、施術・往療内容、傷病名等を点検すること。

具体的には、別紙「療養費支給申請書点検項目リスト」（別表 2）に記載の項目について、「点検処理基準」（別表 3）の項目ごとに基準を満たしているかどうかを同意書と突き合わせて支給申請書等を全件点検し、同基準上の不備点があるものは対応する処理を判定し、処理が返戻である場合は返戻対象支給申請書等を抽出の上、返戻付箋に記載する返戻理由を作成すること。「療養費支給申請書点検項目リスト」及び「点検処理基準」については、広域連合が、より効果が高いと判断した内容へ年度途中に一部変更した場合であっても、その内容に沿って点検すること。

なお、受託者は「点検処理基準」に即して正確かつ丁寧に点検を行うこと。

- ② 内容点検に際しては、受託者は、鍼灸・マッサージの点検業務に精通した担当者であらせること。
- ③ 電算機器による論理点検（ロジカルチェック）では対応できない点検項目や基準については、受託者は、鍼灸・マッサージの点検業務に精通した担当者による目視点検によって不備点がある支給申請書等を抽出すること。
- ④ 受託者は、①による点検時において、処理方法に疑義を生じた支給申請書等を発見した場合は、その都度広域連合に指示を求め、その指示に基づいて処理すること。

(5) 照会対象支給申請書等の抽出・被保険者への照会

- ① 受託者は、広域連合が定めた抽出条件を基に、被保険者へ照会する支給申請書の候補を抽出し、「文書照会対象申請書リスト」（別紙 1）を作成し、申請書受付月の翌月 15 日までに広域連合へ提出すること。
- ② 受託者は、広域連合が選択・追加した①の「文書照会対象申請書リスト」（別紙 1）により指示する照会対象申請書等について、広域連合が別に様式を定める照会文書（回答期限は発送日翌日から 14 日後とする（閉庁日の場合は翌開庁日とする）。）を

作成し、広域連合が別に同封を指示した印刷物と受託者あて返信用封筒を同封の上、広域連合が指定する日に発送すること。

なお、送付先は支給申請書申請欄に記入された被保険者住所とするが、「摘要」欄や往療内訳書等の往療先住所に申請者住所と異なる住所の記載があり、当該往療先に居住していると考えられる場合は、往療先住所へ送付すること。

また、送付先を個別に設定している被保険者については広域連合から別途指示するため、これに従うこと。

- ③ 照会文書の発送に使用する封筒の規格は長形3号とし、返信用封筒の規格は長形4号とする。
 - ④ 照会に関する被保険者等からの電話での問い合わせについては、受託者において丁寧に対応すること。また、当該施術師や団体からの問い合わせについても同様とすること。
 - ⑤ 受託者は、照会・回答の内容について、支給申請書等内容と比較の上、疑義があるものについては、「文書照会結果リスト」(別紙2)により広域連合に報告すること(報告は回答期限から7日後までにすること)。また、該当の回答内容及び支給申請書等の画像データを1つのPDFファイルに加工し、報告時に納品すること。
 - ⑥ 受託者は、問題が発生した場合は、速やかに広域連合に報告し、その指示を受けること。
 - ⑦ 受託者は、回答の内容と支給申請書等の内容を照合し、その結果、不正請求や水増し請求の可能性がある場合は速やかに広域連合に報告すること。
- (6) 支給申請書等の返戻
- 受託者は、(4)等により返戻対象とした支給申請書等について、次の手順で返戻に係る業務を行うこと。
- ① 受託者は、点検の結果、返戻対象とした支給申請書等について、広域連合が定めた「返戻対象申請書リスト(内容)」(別紙3)を広域連合に、支給申請書等引渡し月の翌月最初の開庁日を含めて3日目の開庁日までに作成・納品する(3月分については別途協議)。
 - ② 広域連合は、①の「返戻対象申請書リスト(内容)」(別紙3)について、返戻を承認・否認するとともに、別途返戻対象としたものを追加し、当月の返戻案件を確定した上で、受託者へデータを引渡す。
 - ③ 受託者は、②で返戻が確定した支給申請書等について、対応する返戻のお知らせを印刷のうえ、返戻すべき支給申請書等原本を抜き取り、返戻のお知らせを上にして、支給申請書等原本とともに左上にステープルで一点留めし、返戻対象として(7)に示すとおり支給決定通知書等とともに送付する。
 - ④ 支給申請書等返戻に伴う団体又は施術師からの問い合わせに適切に対応すること。問い合わせと回答の内容については、軽易なものを除き、施術師ごとに記録し、広域

連合の求めがあれば、随時報告すること。また、広域連合の判断が必要な場合や広域連合からの回答が必要となる場合は、速やかに報告すること。

(7) 支給決定通知書等の送付について

受託者は、広域連合が作成した支給決定通知書・施術師別支給一覧・指導付箋（※）・相殺通知（※）及び、受託者が(6)の③で作成した返戻対象（※）を添付し、広域連合が発送日を指定する場合を除き、施術師等への支払日の2開庁日前に各団体又は施術師に送付すること（※の書類については、必要がある場合のみ添付対象となる。）。また、広域連合から求めがあった場合は、その他通知等の印刷物についても同封して送付すること。

(8) 支給申請書等の返却及び審査結果の報告について

受託者は、処理が終了した支給申請書等をステープルせずに打番順に整理し、広域連合が発送日を指定する場合を除き、支給申請書等引渡し月の翌月の25日（閉庁日の場合は直前の開庁日）までに、指定する場所に搬送すること（3月分については別途協議）。総括表については、4(2)で指示した順に並べ提出すること。また、被保険者への照会に対する回答書を納品すること。

なお、搬送にあたっては、郵送や配送ではなく、必ず受託者の従業員2人以上又は受託者の従業員及び安全性が十分担保された警備員の計2人以上による直接搬送により、受託者の費用負担及び責任で行うものとする。

(9) 広域連合が指示するデータ作成

受託者は、審査の効果を把握するために、広域連合が指示するデータの作成に対応すること。

5 処理日程

業務に関する処理日程は、「処理フロー」（別紙4）のとおりとする。なお、各処理月の日程の詳細は、受託者が作成し、広域連合の承認を得ること。

6 留意事項

(1) 支給申請書等及び光学ディスク等の搬送について

- ① 受託者は、搬送に当たっては、機密の保持について最大限の注意を払うこと。
- ② 受託者は、搬送に当たっては、必ず受託者の従業員2人以上又は受託者の従業員及び安全性が十分担保された警備員の計2人以上で行うこと。
- ③ 受託者は、搬送中に何らかの問題が発生した時は、直ちに広域連合に報告し、その指示に従うこと。
- ④ 搬送に係る一切の費用は、受託者が負担すること。

- (2) 別紙1から別紙3の帳票について
エクセルデータを作成し、光学ディスク等により納品すること。
- (3) 費用の負担について
4(5)及び4(7)に要する郵送料については、受託者からの請求に基づき広域連合が実費を支払うものとする。
- (4) 作業場所及び支給申請書等の保管場所について
- ① 作業場所及び支給申請書等の保管場所は、受託者の事務所内とし、作業時間中については常時正規職員が常駐していること。
 - ② 受託者は、支給申請書等及び光学ディスク等を、施錠可能な容器等に収納し、これを保管する部屋についても必ず施錠すること。また、保管場所へは、作業担当者以外の入室を制限する等し、管理については最大限の注意を払うこと。
 - ③ 受託者は、本契約に基づく作業以外で、支給申請書等の複製及びデータ作成をしないこと。また、ファックス、電子メール等で外部に情報を転送しないこと。
 - ④ 受託者は、本業務に従事する者に対して、作業内容を外部へ一切口外しないよう指導すること。
また、業務上知り得た個人情報の漏えい及び目的外使用の禁止についても十分注意すること。非正規従業員についても同様とする。
 - ⑤ 広域連合が必要と認めるときは、受託者の業務処理状況について随時立入調査を行うこととする。
- (5) 事故報告
受託者は、この契約に違反する事象が生じ、又は生じる恐れがあることを知ったときは、速やかに報告するとともに広域連合の指示により対応すること。
- (6) 制度改正対応
委託期間内に制度改正がある場合は、仕様等の変更について、広域連合と協議のうえ柔軟に対応すること。
- (7) 委託数量及び単価について
委託数量については、予算の範囲内で変動することがあるが、その場合の単価の見直しは行わない。
- (8) その他

上記に規定していないその他の事項及び仕様の変更については、必要の都度、広域
連合と受託者で協議のうえ決定することとする。

パンチデータ項目表 (別表1)

※支給申請書等の各項目が空欄(記入漏れ)の場合は、必要桁数を0埋めで入力すること。

項目	備考
1 レコード識別子 (2)	
2 レコード番号 (各月「0000001」から連番)	
3 レセプト管理番号 (「登録記号番号 (10桁)」 + 「施術師コード (10桁)」 + 「受付年月 (4桁)」 + 「打番 (6桁)」)	受付年月は西暦下2桁と月2桁で表し、支給月年月-1月とする。
4 診療年月 (和暦5桁)	
5 都道府県コード (2桁)	
6 点数表コード (1桁)	
7 医療機関コード (7桁)	
8 保険種別コード (1桁)	
9 区分コード (外来一般08、外来7割00)	
10 レセプト_保険者番号 (8桁)	
11 被保険者番号 (8桁)	8桁に満たないものは前ゼロ入力。
12 給付割合 (9割090、8割080、7割070)	
13 療養費区分コード (マッサージ05、鍼灸06)	
14 施術開始年月日 (和暦7桁)	
15 施術終了年月日 (和暦7桁)	
16 診療実数	
17 請求金額	
18 決定金額	
19 費用額	
20 負担金額	
21 公費1負担者番号 (8桁ゼロ入力)	
22 公費1受給者番号 (7桁ゼロ入力)	
23 支払先区分コード (受領委任(個人)2、受領委任(団体)3)	別途配付する施術師コード一覧を参考に2又は3を入力。施術師コード不明の場合は2を入力すること。
24 受付年月日 (和暦5桁)	
25 支給決定額	
26 10桁打番 (「施術相当年月 (4桁)」 + 「打番 (6桁)」)	

※パンチ対象が桁あふれとなる場合は、該当項目を「9」で埋めること。

(例「7 医療機関コード (7桁)」が8桁の支給申請書の場合⇒「9999999」)

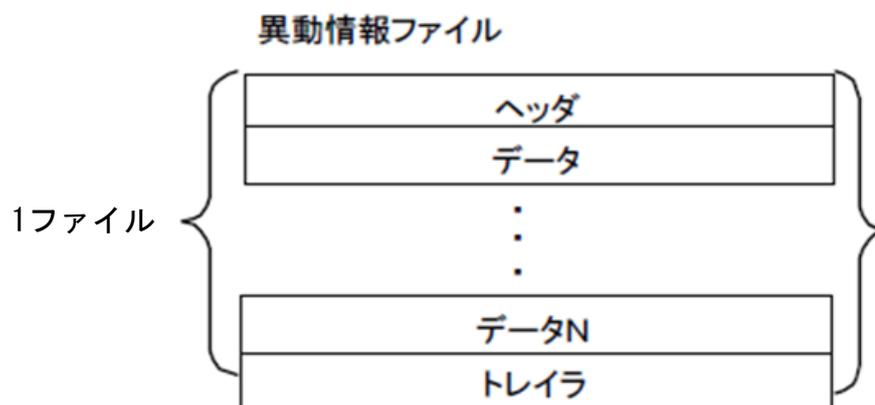
(別表1-1)

3. 2 ファイル構成

交換情報ファイルは、ファイルの種類ごとに作成し、次の3種類のレコードから構成される。

- ・ヘッダレコード : 各ファイルの先頭（第一レコード）に作成し、交換情報の識別、送付元（先）の制御情報を設定する。
- ・データレコード : ファイルの第二レコード以降に作成し、各業務別交換情報のデータを設定する。
- ・トレイラレコード : 各ファイルの最終レコードとして作成し、受渡し件数及び交換情報の終端を表す。

ファイル構成例を以下に示す。



3. 3 レコードフォーマット
3. 3. 1 ヘッダレコード

表34 ヘッダレコード

No.	項目名	属性	桁数	内容	備考
1	レコード識別子	英数	1	「1」を設定する。	
2	レコード番号	英数	7	「0000000」を設定する。	
3	情報種別	英数	3	各インターフェースデータの情報種別を設定する。	※1
4	媒体区分	英数	1	伝送の場合は「1」を設定する。 媒体交換の場合は「2」を設定する。	※2
5	ボリューム通番	英数	2	伝送の場合は「00」を設定する。 媒体交換の場合は一回の受渡しでのボリューム数を「01」から順次設定する。	
6	地方公共団体コード	英数	6	上2桁はJTS X 0401に定められた「都道府県番号」を設定し、次の3桁がJTS X 0402に定められた「市区町村コード」を設定する。ただし、広域連合は市区町村コード「000」を設定する。国保連合会は「999」を設定する。6桁打番チェックデジット「モジュラス11ウェイト2-7 (LASDECと同じ)」。	※3
7	保険者番号	英数	8	後期高齢者医療保険者番号を設定する。 (「法別番号(39)」+「都道府県番号」+「市区町村コード」+「チェックデジット(法別番号～市区町村コードまでの7桁を対象にモジュラス10ウェイト2-1(分割)で設定)」)	※4
8	作成年月日(西暦)	英数	8	実在する作成年月日を西暦表記で「YYYYMMDD」の形式で設定する。	
9	作成時刻	英数	6	実在する作成時刻を24時間表記で「HHMMSS」の形式で設定する。	
10	予備	英数	-	予備領域	※5

※1 「D16」を入力。

※2 標準システムでは、特にチェックは行わない(連携システムへのデータ格納後に、必要に応じて、どちらで作成したデータかを確認できるようにしておくために使用)。

※3 政令指定都市は市のコードを設定する(市区町村コードの先頭コードで設定)。

※4 政令指定都市は市区単位に保険者番号を設定する(広域連合から送付される保険者情報、所得照会書/簡易申告書情報は、市でまとめたファイルとなるため、空白で設定される)。政令指定都市が一般市と同様に市単位にファイルを作成する場合は、スペースまたは代表保険者番号を設定する。

※5 デークレコードと同じ長さとなるように予備を設定する。

3. 3. 2 データレコード

表35 データレコード

No.	項目名	属性	桁数	内容	備考
1	レコード識別子	英数	1	「2」を設定する。	
2	レコード番号	英数	7	「0000001」から連番を設定する。	※1
3	データ項目	-	-	各インターフェースデータを設定する。	※2

※1 委託年月ごとに「0000001」から始めること。

※2 各インターフェースデータは別表1-2を参照。

3. 3. 3 トレイラレコード

表36 トレイラレコード

No.	項目名	属性	桁数	内容	備考
1	レコード識別子	英数	1	「3」を設定する。	
2	レコード番号	英数	7	「9999999」を設定する。	
3	レコード件数	英数	7	データレコードの件数を設定する。	
4	予備	英数	-	予備領域	※1

※1 必要に応じて合計金額等の情報を付加し、データレコードと同じ長さとなるように予備を設定する。

3. 3. 4 各項目の設定条件

特に指定がない限り、以下の形式でデータ項目を設定すること。

ア) 英数

- ・半角の英数字をそれぞれ1バイトで表す。
- ・左詰めにし、残りを半角スペース文字で埋めた固定長とする。

イ) 数字

- ・半角の0、1、2、～、9の数字それぞれ1バイトで表す。
- ・右詰めにし、残りを○文字で埋めた固定長とする。
- ・左端に「+」または「-」の符号を付加する。
例) +12345の場合、「+0000012345」の11桁で表す。
-12345の場合、「-0000012345」の11桁で表す。

ウ) ひらがな・カナ

- ・ひらがな・カナをそれぞれ2バイト（全角文字）で表す。
- ・左詰めにし、残りを全角スペース文字で埋めた固定長とする。

エ) 漢字

- ・漢字1文字を2バイト（全角文字）で表す。
- ・漢字シフトコードを付加しない。
- ・左詰めにし、残りを全角スペース文字で埋めた固定長とする。

3. 3. 5 各共通項目の補足説明

特に指定がない限り、以下の項目とすること。

都道府県コード: JTS X 0401 に定められた「都道府県コード」

市区町村コード: JTS X 0402 に定められた「市区町村コード」

(別表1-2)

6.27 療養費情報

No.	項目名	属性	桁数	バイト数	内容	必須区分 (※1)	備考
1	レセプト管理番号	英数	30	30	審査機関が採番した特定キーを設定する。該当広域連合で使用するレセプト管理番号の有効桁数分を左詰めで設定する。	○	※2
2	診療年月	英数	5	5	診療年月(和暦)を設定する。 例 平成20年4月→「42004」	◎	※3
3	都道府県番号	英数	2	2	医療機関または施術師の都道府県番号を設定する。	○	※4
4	点数表コード	英数	1	1	医療機関または施術師の点数表コードを設定する。 1:医科 3:歯科 4:調剤 6:訪問看護 7:柔整 8:鍼灸 9:マッサージ	○	※4
5	医療機関等コード	英数	7	7	柔整、マッサージ、鍼灸の場合は施術師の番号を設定する。以外は医療機関のコードを設定する。医療機関は7桁に対して右詰め前ZEROで設定する。施術師の場合は有効桁に対して右詰め前ZEROで設定し、不足桁には空白を設定する。	○	※4
6	保険種別コード	英数	1	1	1:単独 2:2者併用 3:3者併用以上のいずれかを設定する。	◎	
7	区分コード	英数	2	2	07:入院一般 08:外来一般 09:入院7割 00:外来7割 のいずれかを設定する。	◎	
8	保険者番号	英数	8	8	保険者番号を設定する。	◎	
9	被保険者番号	英数	8	8	被保険者番号を右詰め前ZEROで設定する。	◎	
10	給付割合	英数	3	3	給付割合を%形式の数値で設定する。 090:9割 080:8割 070:7割 100:10割 000:0割	◎	※2 1
11	療養費区分コード	英数	2	2	療養費区分コード(01:一般診療 02:海外診療 03:補装具 04:柔整 05:マッサージ 06:鍼灸 08:移送 09:生血 10:保険外併用療養費 49:その他療養費 51:食事標準負担差額 52:負担割合差額 53:負担限度額差額 99:その他差額)のいずれかを設定する。	◎	※1 9
12	施術開始年月日	英数	7	7	施術(診療)開始年月日(和暦)を設定する。 例 平成20年4月1日→「4200401」 未設定の場合はZERO埋めとする。	△	※5
13	施術終了年月日	英数	7	7	施術(診療)終了年月日(和暦)を設定する。 例 平成20年5月31日→「4200531」 未設定の場合はZERO埋めとする。	△	※5

No.	項目名	属性	桁数	バイト数	内容	必須区分 (※1)	備考	
14	月別診療年月	年月 1	英数	5	5	複数月に跨いだ請求の場合、月跨ぎの各診療年月を年月 1 から順番に設定する。 例 平成20年5月→「42005」 未設定の場合はZERO埋めとする。	○	※6
15		年月 2	英数	5	5		○	※6
16		年月 3	英数	5	5		○	※6
17		年月 4	英数	5	5		○	※6
18		年月 5	英数	5	5		○	※6
19		年月 6	英数	5	5		○	※6
20	診療実日数	英数	2	2	診療実日数を右詰め前ZERO埋めで設定する。 未設定の場合はZERO埋めする。	○	※7	
21	月別診療実日数	日数 1	英数	2	2	複数月に跨いだ請求の場合、月跨ぎの各診療年月毎の診療実日数を日数 1 から順番に設定する。 未設定の場合はZERO埋めする。	○	※8
22		日数 2	英数	2	2		○	※8
23		日数 3	英数	2	2		○	※8
24		日数 4	英数	2	2		○	※8
25		日数 5	英数	2	2		○	※8
26		日数 6	英数	2	2		○	※8
27	請求金額	英数	8	8	療養費の請求合計金額（保険負担分）を右詰め前ZEROで設定する。月別の請求額がある場合は、月別請求額の合計を設定する。	◎		
28	決定金額	英数	8	8	請求金額に査定がある場合は請求額の査定後金額を右詰め前ZEROで設定する。査定がない場合は請求額と同額を右詰め前ZEROで設定する。 未設定の場合はZERO埋めする。	○	※9	
29	費用額（合計）	英数	8	8	費用額を右詰め前ZEROで設定する。月跨ぎの請求の場合は、各月の費用額の合計を設定する。	○	※10	
30	月別費用金額	金額 1	英数	8	8	複数月に跨いだ請求の場合、月跨ぎの各診療年月毎の費用金額を金額 1 から順番に設定する。 未設定の場合はZERO埋めする。	△	※10
31		金額 2	英数	8	8		△	※10
32		金額 3	英数	8	8		△	※10
33		金額 4	英数	8	8		△	※10
34		金額 5	英数	8	8		△	※10
35		金額 6	英数	8	8		△	※10
36	負担金額	英数	8	8	被保険者の一部負担相当金額を右詰め前ZEROで設定する。 未設定の場合はZERO埋めする。	○		
37	食事療養費	回数	英数	3	3	食事回数を右詰め前ZEROで設定する。未設定の場合はZERO埋めする。	○	
38		決定金額	英数	6	6	食事決定金額を右詰め前ZEROで設定する。未設定の場合はZERO埋めする。	○	
39		標準負担額	英数	6	6	食事標準負担額を右詰め前ZEROで設定する。未設定の場合はZERO埋めする。	○	

No.	項目名	属性	桁数	バイト数	内容	必須区分 (※1)	備考
40	負担者番号	英数	8	8	保険種別コード2の場合に、公費1負担者番号を左詰めで設定する。未設定の場合は空白埋めする。	○	
41	受給者番号	英数	7	7	保険種別コード2の場合に、公費1受給者番号を左詰めで設定する。未設定の場合は空白埋めする。	○	
42	日数	英数	2	2	保険種別コード2の場合に、公費1日数を右詰め前ZEROで設定する。未設定の場合はZERO埋めする。	○	
43	請求金額	英数	7	7	保険種別コード2の場合に、公費1の請求金額を右詰め前ZEROで設定する。未設定の場合はZERO埋めする。	○	
44	決定金額	英数	7	7	保険種別コード2の場合で、公費1金額に査定があった場合、査定後の金額を右詰め前ZEROで設定する。未設定の場合はZERO埋めする。	○	
45	公費対象負担金額	英数	8	8	保険種別コード2の場合に、公費1の公費が負担する額を右詰め前ZEROで設定する。未設定の場合はZERO埋めする。	○	※11
46	公費患者負担額	英数	8	8	保険種別コード2の場合に、公費1負担額を右詰め前ZEROで設定する。未設定の場合はZERO埋めする。	○	※12
47	食事回数	英数	3	3	保険種別コード2で公費1負担者が食事負担する場合に、食事回数を右詰め前ZEROで設定する。未設定の場合はZERO埋めする。	○	
48	食事決定金額	英数	6	6	保険種別コード2で公費1負担者が食事負担する場合に、公費1の食事決定金額を右詰め前ZEROで設定する。未設定の場合はZERO埋めする。	○	
49	食事標準負担額	英数	6	6	保険種別コード2で公費1負担者が食事負担する場合に、公費1の食事標準負担額を右詰め前ZEROで設定する。未設定の場合はZERO埋めする。	○	
50	負担者番号	英数	8	8	保険種別コード3の場合に、公費2負担者番号を左詰めで設定する。未設定の場合は空白埋めする。	○	
51	受給者番号	英数	7	7	保険種別コード3の場合に、公費2受給者番号を左詰めで設定する。未設定の場合は空白埋めする。	○	
52	日数	英数	2	2	保険種別コード3の場合に、公費2日数を右詰め前ZEROで設定する。未設定の場合はZERO埋めする。	○	
53	請求金額	英数	7	7	保険種別コード3の場合に、公費2の請求金額を右詰め前ZEROで設定する。未設定の場合はZERO埋めする。	○	
54	決定金額	英数	7	7	保険種別コード3の場合で、公費2金額に査定があった場合、査定後の金額を右詰め前ZEROで設定する。未設定の場合はZERO埋めする。	○	

No.	項目名	属性	桁数	バイト数	内容	必須区分 (※1)	備考
55	公費対象負担額	英数	8	8	保険種別コード3の場合に、公費2の公費が負担する額を右詰め前ZEROで設定する。未設定の場合はZERO埋めする。	○	※11
56	患者負担額	英数	8	8	保険種別コード3の場合に、公費2の請求金額を右詰め前ZEROで設定する。未設定の場合はZERO埋めする。	○	※12
57	食事回数	英数	3	3	保険種別コード3で公費2負担者が食事負担する場合に、公費2食事回数を右詰め前ZEROで設定する。未設定の場合はZERO埋めする。	○	
58	食事決定金額	英数	6	6	保険種別コード3で公費2負担者が食事負担する場合に、公費2の食事決定金額を右詰め前ZEROで設定する。未設定の場合はZERO埋めする。	○	
59	食事標準負担額	英数	6	6	保険種別コード3で公費2負担者が食事負担する場合に、公費2の食事標準負担額を右詰め前ZEROで設定する。未設定の場合はZERO埋めする。	○	
60	支払先区分コード	英数	1	1	支払先区分コード（1:被保険者 2:受領委任 3:受領委任(団体) 9:連合会支払）のいずれかを設定する。	◎	※13
61	支払先医療機関 都道府県番号	英数	2	2	支払先医療機関または施術師の都道府県番号を設定する。未設定の場合は空白とする。	○	※14
62	点数表コード	英数	1	1	支払先医療機関または施術師の点数表コードを設定する。未設定の場合は空白とする。	○	※14
63	番号	英数	7	7	支払先医療機関または施術師の番号を設定する。未設定の場合は空白とする。	○	※14
64	受付年月日	英数	7	7	受付年月日（和暦）を設定する。 例 平成20年4月1日→「4200401」	◎	
65	決定年月日	英数	7	7	決定年月日（和暦）を設定する。 例 平成20年4月1日→「4200401」 未設定の場合はZERO埋めする。	△	※15
66	支出年月日	英数	7	7	支出年月日（和暦）を設定する。 例 平成20年4月1日→「4200401」 未設定の場合はZERO埋めする。	△	※16
67	支給決定額	英数	8	8	支給決定した額を設定する。一般診療で食事療養がある場合は、食事療養費としての支給額（食事療養費決定金額から食事療養費標準負担額を差し引いた額）を含む額を設定する。	◎	
68	充当額	英数	8	8	未使用		
69	支給調整額	英数	8	8	未使用		
70	支給額	英数	8	8	未使用		

No.	項目名	属性	桁数	バイト数	内容	必須区分 (※1)	備考	
71	申請者	郵便番号	英数	7	7	申請者郵便番号を設定する。 未設定の場合は空白とする。	△	※17
72		電話番号	英数	16	16	申請者電話番号を設定する。 未設定の場合は空白とする。	△	※17
73		氏名(漢字)	漢字	30	60	申請者氏名を設定する。 未設定の場合は空白とする。	△	※17
74		住所(漢字)	漢字	100	200	申請者住所を設定する。 未設定の場合は空白とする。	△	※17
75		被保険者との関係	漢字	15	30	申請者との関係を設定する。 未設定の場合は空白とする。	△	※17
76	振込先	金融機関区分コード	英数	1	1	支給申請の振込先口座の金融機関区分を全銀協コードで設定する。 1:金融機関 9:隔地払い 旧郵便局はゆうちょ銀行で金融機関扱いとする。	△	※18 ※20
77		金融機関コード	英数	4	4	支給申請の振込先口座の金融機関コードを全銀協コードで設定する。	△	※18
78		金融機関店舗コード	英数	3	3	支給申請の振込先口座の金融機関店舗コードを全銀協コードで設定する。	△	※18
79		預金種別コード	英数	1	1	支給申請の振込先口座の預金種別コードを設定する。	△	※18
80		口座番号	英数	13	13	支給申請の振込先口座の口座番号を設定する。	△	※18
81		口座名義人氏名(カナ)	漢字	100	200	支給申請の振込先口座の口座名義人氏名(全角カナ)を設定する。	△	※18
82	予備	英数	47	47	登録記号番号10桁(数字)又は 施術者登録番号14桁(英数)又は 免許登録番号6桁(複数記載の場合、12桁或いは18桁)(数字)		支給申請書の 施術証明欄に記載される文字	

※1 必須区分(◎:必須、○:パターン毎に必須、△:任意設定、空白:スペース)

※2 療養費向けにレセプト管理番号を付番し設定する。このレセプト管理番号は任意な採番とするが、レセプトや他の療養費と重複しないものを個別に採番し設定する。

※3 診療開始年月を1つ指定する。月跨ぎ請求の場合は開始月(No.14月別診療年月1)を指定する。療養費の請求が単月分の請求でなく複数月に跨る請求がある場合が想定される。標準システムの内部管理は診療月ごとの情報管理となるため、複数月の請求の場合は標準システムで単月毎の情報に分割する。分割方法は療養費情報に月別の診療年月・診療日数・請求額を設定可能にする。月跨ぎの各項目が設定可能な場合は入力で設定する。設定不可の場合は診療日数で全体の請求額を按分し、月別の請求額とする。月跨ぎの月数は最大で6ヶ月までを受付可能とする。

※4 受診医療機関または施術師の医療機関・都道府県、医療機関・点数表、医療機関等コードを設定する。

※5 対象施術(診療)期間を開始日、終了日を設定可能な場合は設定する。

※6 複数月に跨ぐ療養費の請求の場合は、月跨ぎの対象診療年月を個別に設定する。

※7 診療の日数を設定する。複数月のデータの場合は通算日数を設定する。最大99日までとする。

※8 複数月に跨ぐ療養費データの場合は診療月毎の日数を設定する。

※9 審査後の決定額を設定する。この額は一般診療分という決定点数分の支給額。

※10 複数月に跨ぐ療養費の請求の場合は、月跨ぎの対象診療年月毎の費用額を設定する。月別の費用額合計は費用額(合計)と合致する値で設定する。月別の請求額の算定が困難な場合は、受け入れ側で月別診療日数による按分算定をする。

※11 公費の負担額を設定する。

※12 公費併用の場合の負担額を設定する。

- ※13 被保険者に対する療養費払いの場合は、1:被保険者を設定。施術師等に対する受領委任の場合は、
2:受領委任を設定する。
3: 施術師の団体宛の場合は療養費情報の支払先都道府県番号、支払先点数表、支払先施術師コードに
支払先団体を設定する。
9: 連合会支払は療養費の登録はするが支給対象としないものとする。
- ※14 支払先が3:受領委任(団体)の場合で、受領委任請求の医療機関または施術師と、異なる医療機関または
は施術師が債権者になる場合に設定する。
- ※15 決定年月日は支給決定した日が設定可能な場合は設定する。決定年月日は処理日以降であること。決定
年月日がない場合は、療養費の取込み処理を実施した処理日時時点で、標準システムの支出日管理情報か
ら処理日以降の直近の基準日を決定日として設定する。
- ※16 支出年月日が確定している場合は設定する。支出年月日は処理日以降であること。支出年月日がない場
合は、療養費の取込み処理を実施した処理日時時点で、標準システムの支出日管理情報から処理日以降の
直近の基準日で予定される支出年月日を支出年月日として設定する。
- ※17 支払先コードが被保険者支払の場合に、申請者情報が登録可能な場合は設定する。未設定(空白)の場
合は、空白のまま登録する。
- ※18 振込先は、この療養費情報に設定されてきた口座情報を優先して振込先とする。支払先が被保険者への
療養費払いの場合は、請求被保険者が療養費申請の口座情報が登録済の場合はこの療養費情報での口座
情報の設定を省略できる。療養費申請の口座情報登録がなく、この療養費情報の口座情報が設定されて
ない場合は振込先不明でエラーとする。
支払先が施術師向けや医療機関の場合は、請求施術師の医療機関情報の口座情報が登録されている場合
はこの口座情報の設定を省略できる。医療機関情報の口座情報登録がなく、この療養費情報の口座情報
に設定されてない場合は振込先不明でエラーとする。
- ※19 この療養費情報に設定された療養費種別「移送費:08、生血:09、保険外併用:10」は標準システムへ
取り込む際に、移送費:08→07、生血:09→08、保険外併用:10→09へと変換し取込処理を行う。
- ※20 本修正前の金融機関区分「2:隔地払い」は標準システムへ取り込む際に、2→9へと変換するため、「2:
隔地払い」を設定した状態でも取込可能。
- ※21 給付割合は、療養費区分コードにより以下の値を設定する。
- (1) 01(一般診療),02(海外診療),03(補装具),04(柔整),05(マッサージ),06(鍼灸),
10(保険外併用療養費)の場合
090:9割 080:8割 070:7割
- (2) 08(移送),09(生血)の場合
100:10割
- (3) 49(その他療養費)の場合
090:9割080:8割070:7割100:10割
- (4) 51(食事標準負担差額),52(負担割合差額),53(負担限度差額),
99(その他差額)の場合
090:9割080:8割070:7割000:0割

療養費支給申請書点検項目リスト（別表 2）

同意書 関連	1 同意書の添付の有無
	2 同意書の日付・有効期間と施術日
	3 同意書と支給申請書の氏名・住所・生年月日・性別の一致
	4 同意書と支給申請書の傷病名（症状名）の一致
	5 同意書の同意部位と施術部位の一致
	6 往療料算定の場合、同意書の往療の必要性有の記載の有無
	7 同意書の記載内容及び医療機関名、医師名等の漏れの有無
	8 同意書記載医師と支給申請書の同意記録医師の一致
傷病名	9 傷病名（症状）による施術の可否
	10 傷病名（症状）と施術部位の適合性
支給申請書 記載内容	11 支給申請書の様式（H31年4月施術以降は厚労省様式 or 京都広域様式のみ可）
	12 機関コードの記入有無、桁数(10桁)正誤
	13 支給申請書の記入漏れ、記入誤り、署名漏れ（記名押印可・署名のみ可）
	14 施術回数と施術日の記載内容の一致
	15 施術単価の適合
	16 小計及び合計の金額、一部負担金額、請求額
	17 鍼灸の初検料算定の場合、算定の可否
	18 施術期間の日付の記載の適合
	19 登録記号番号の記入有無、桁数(ハイフン除き 10桁)正誤
往療料	20 往療した場合の往療内訳書添付有無（H31年4月施術以降必須）
	21 施術所と患者の間の直線距離、往療料算定金額の適合
	22 同一施設への複数被保険者への往療がある場合、同一日重複請求の有無
継続理由書	23 継続理由書添付対象者に対する添付有無
	24 継続理由書の記入漏れ、記入誤り、脱字、署名又は記名押印の有無
	25 継続理由書の記載内容と支給申請書等の記載内容の一致

点検処理基準 (別表 3)

	項目	基準	不備点	処理	返戻付箋に記載する返戻理由
同意書関連	同意書の添付、同意書発行日と施術日の関係	・同意初月には原本添付が必要。	・同意初月に添付がない。	返戻	・同意書添付なし
	再同意書の添付、同意書発行日と施術日の関係	・再同意初月には原本添付が必要。	・再同意初月に添付がない。	返戻	・同意書添付なし
	同意書と申請書の氏名・住所・生年月日・性別	同意書と申請書の氏名が一致する。	氏名が一致しない。	返戻(※1)	同意書と申請書の氏名が不一致
		同意書と申請書の生年月日が一致する。	生年月日が一致しない。	返戻	同意書と申請書の生年月日が不一致
		同意書と申請書の性別が一致する。	性別が一致しない。	返戻(※1)	同意書と申請書の性別が不一致
		同意書と申請書の住所が一致する。	住所が一致しない。	返戻(※1)	同意書と申請書の住所が不一致
	同意書と申請書の傷病名・症状	同意書と申請書の傷病名・症状が一致する。	傷病名・症状が一致しない。	返戻(※1)	申請書と同意書の傷病名・症状が不一致
	同意書と申請書の部位	施術を行う部位の全てに同意が必要。	同意のない施術部位がある。	返戻	・同意のない施術部位あり ・変形徒手矯正術の同意のない施術部位あり
往療料の必要性及びその理由	往療料を算定している場合は、同意書で往療が必要であることの記載及び申請書でその理由の記載が必要。	同意書に往療が必要であること及びその理由の記載がない。	返戻	・往療の同意なし ・往療が必要な理由の記載なし	
同意書の内容、医療機関名、医師名	・同意書に記入誤り、記入漏れがない。	・記入誤り、記入漏れがある。	返戻(※2)	・同意書記載不備	
傷病名	傷病名・症状	次のいずれかである。 ・筋麻痺、関節拘縮等に対するマッサージ ・神経痛、リウマチ、頸腕症候群、五十肩、腰痛症、頸椎捻挫後遺症等に対する鍼灸	・筋麻痺、関節拘縮等以外に対するマッサージ ・神経痛、リウマチ、頸腕症候群、五十肩、腰痛症、頸椎捻挫後遺症等以外に対する鍼灸 ・腰痛のみの場合 ・疲労(筋疲労)のみの場合	返戻	保険適用外の傷病名・症状に対する箇所あり
	傷病名・症状と施術部位の適合性	傷病名・症状に関連する部位の施術に限る。	傷病名・症状と施術部位の関連性がない。	返戻	傷病名・症状と施術部位に関連性なし
申請書記載内容	支給申請書様式	H31年4月施術以降は厚労省様式or京都広域様式のみ可。	・様式が従前のもの。 ・様式の項目不足。 ・様式各欄文言不備。	返戻	支給申請書様式不備
	機関コード	機関コードの記入が必要。桁数は10桁。3桁目は鍼灸が「8」、マッサージが「9」。	・機関コードの記入なし。 ・桁数は10桁でないもの。 ・鍼灸で3桁目が「8」でないもの、 ・マッサージで3桁目が「9」でないもの。	返戻	機関コード記載なし、機関コード記載不備
	申請書の記入誤り、記入漏れ	・申請書に記入誤り、記入漏れがない。(申請欄、委任欄が代理記入の場合は被保険者等の押印必要。)	・記入誤り、記入漏れがある。 ・施術証明、申請、委任後の施術日がある。	返戻(※3)	○記載なし、○記載不備、○相違(例) ・施術年月、施術期間、実日数欄 ・業務上・外・第三者行為の有無欄 ・施術内容欄施術月 ・施術証明年月日 ・申請年月日 ・委任年月日 ・施術証明、申請、委任年月日以降の施術日あり ・金融機関コード、支店コード、口座名義、口座番号
	マッサージと変形徒手の同時算定	マッサージと変形徒手は同一部位に同時に算定しない。	マッサージと変形徒手を同一部位に同時に算定している。	返戻	同一部位にマッサージと変形徒手矯正術の併用あり
	変形徒手の算定	変形徒手は四肢しか算定できない。	変形徒手に躯幹を算定している。	返戻	施術箇所不適
	実日数欄と施術日欄 施術期間と施術日欄	実日数欄の日数と施術日欄の○の数的一致する。	実日数欄の日数と施術日欄の○の数不一致。	返戻	・実日数、施術日不整合 ・施術期間、施術日不整合
	施術単価	単価が厚労省の通知の額でなければならない。	単価が厚労省の通知の額と異なる。	返戻	施術単価相違
	小計、合計、一部負担金額、請求額	単価×回数、合計等の計算が合っていないとなければならない。	計算が合わない。	返戻	費用額、一部負担金額、請求金額計算誤り
	鍼灸の初検料算定に係る可否	・同一傷病の鍼灸施術は、初回施術時のみ初検料算定可。 ・ただし、治癒後、新たな同意書に基づいて新たな傷病に施術する場合も初検料算定可。 ・なお、治癒後、新たな同意書に基づいて同じ傷病に施術する場合は、1箇月以上の無施術期間を経過後に初検料を算定可。 ・また、継続施術中の傷病がある月中に新たな傷病に施術しても初検料算定不可。	左に該当しない初検料を算定している。	返戻	初検料算定不可
	施術期間欄の日付	施術期間欄には、当月初回施術日及び当月最終施術日を記入する。	当月初回施術日～当月最終施術日になっていない。(当月1日～当月末日との記載がある場合は可。)	返戻	施術期間記載不備
往療料	往療内訳書	往療料を算定している場合は往療内訳書が必要。	・往療内訳書の添付がない。 ・往療内訳書の様式が厚労省様式と異なる。 ・往療内訳書の記入すべき欄に記入されるべき内容が記載されていない。	返戻	往療内訳書添付なし、往療内訳書様式不備
	往療料の加算算定と直線距離の確認	摘要欄に施術所と往療先の直線距離を記入する。(先順位の患者からの直線距離の方が短い場合は、それも記入する。)	記入された直線距離が、確認した直線距離と相違している。	返戻	往療料算定誤り
	往療料算定額	距離に応じた加算金額を適正に算定する。	確認した直線距離に応じた往療料より過大に算定している。	返戻	往療料算定誤り
	同一施設の複数被保険者への連続往療	同一施設(※4)の複数入所者への連続往療は、1人目のみ算定、又は往療料をあん分する。	全員を個別に算定している。	返戻	往療料算定不可
		同一施設(※4)の複数入所者にやむを得ない理由で連続せずに(一旦退いて再度)別時間帯に往療し、個別に往療料を算定する場合は、その理由を摘要欄に記入する。	やむを得ないと認められる理由が記入されていない。	返戻	往療料個別算定理由の記載なし
併施	鍼灸・マッサージ併設施設における鍼灸とマッサージの併施	同一傷病・症状における併施は認めない。	同一傷病・症状において併施している。	返戻	同一傷病・症状に対する鍼灸とマッサージの併施あり

	項目	基準	不備点	処理	返戻付箋に記載する返戻理由
資格返戻	被保険者情報	広域連合が保有する被保険者情報と一致する。	・被保険者番号に該当なし ・生年月日・性別等が相違	返戻	・被保険者番号相違 ・性別相違 ・生年月日相違
	保険者番号	定められた保険者番号と一致する。	保険者番号の相違	返戻	保険者番号相違
	被保険者資格	京都府後期の被保険者資格を有する。	・資格喪失後の施術 ・資格取得前の施術	返戻	・資格喪失後の施術日あり ・資格取得前の施術日あり
	負担割合	所得等によって月ごとに決められた負担割合と一致する。	負担割合の相違	返戻	負担割合相違
	保険者番号・被保険者番号	記入が必要。	保険者番号・被保険者番号が記入漏れ	返戻	・保険者番号記載なし ・被保険者番号記載なし
	重複請求	同日中に複数回施術を受けても、保険扱いとなるのは原則1回だけとする。	・同一施術師、同一被保険者、同一施術年月の申請書が複数枚提出され、重複施術日がある。 ・同一被保険者、同一施術年月の申請書が複数枚提出され、重複施術日がある。	返戻	・重複請求 ・他の施術師との重複施術日あり(〇〇日)
	施術師登録	広域連合から団体・施術師に施術師コードを通知した後に申請書を提出する。	・施術師登録用シート未提出 ・施術師コード通知前の請求	返戻	施術師コード記載なし
	広域連合から団体・施術師に通知した施術師コードと一致する。	施術師コードの相違	返戻	施術師コード相違	
	広域連合から団体・施術師に通知した施術師コードの記入が必要。	施術師コードの記入漏れ	返戻	施術師コード記載なし	
	施術照明欄に登録記号番号の記入が必要。	・登録記号番号記入漏れ ・記入された番号が10桁未満	返戻	・登録記号番号記載なし ・登録記号番号記載誤り	
継続理由書返戻	継続理由書の有無	初療日より1年以上経過しており、当月施術が16回以上ある場合は、継続理由書の添付が必要。	継続理由書添付なし (経過1年以下で添付してきても返戻はしない。)	返戻	施術継続理由・状態記入書添付なし
	継続理由書の記入誤り、記入漏れ	・申請書に記入誤り、記入漏れがない。	・記入誤り、記入漏れがある。 ・申請書又は同意書と記載の相違がある。	返戻	施術継続理由・状態記入書記載不備([理由を記入]) ([理由を記入]の例) 〇〇記載なし、〇〇記載不備、〇〇相違

(例外)

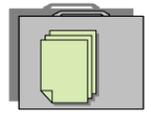
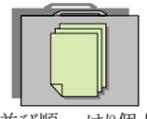
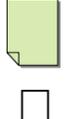
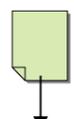
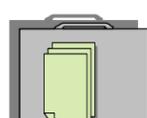
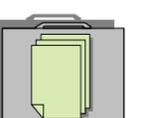
※1 住所、氏名、番地の些細な誤記、通り名の省略は返戻しない。また、転居し、同意書と申請書の住所が異なった場合も返戻しない。(広域連合で確認する)

※2 些細な誤記やなぞり修正は返戻しない。

※3 負担割合の記入漏れは、請求金額が正しければ返戻しない。

※4 集合住宅と考えられるものを除く。主な対象施設は、広域連合から提示する。判断が難しい場合は、その都度受託者が広域連合に照会する。

□ 処理フロー(N-1月施術分)

月日(目安)	広域連合	受託者
N月13日	【引渡】 ・支給申請書等(未開封)  直接引渡 ・封筒開封 ・登録用シート抜取	【受領】 ・支給申請書等  【点検】 ・仕分け、総括表点検 ・パンチ入力・画像作成 ※並び順・・・はり個人→はり別送→はり団体→あんま個人→あんま別送→あんま団体
N月25日	【納品】 ・データ取込  直接引渡	【データ】  ・支給申請書等パンチデータ(SAMファイル・エクセルファイル) ・支給申請書等画像データ(TIFFファイル) ・支出予定一覧(エクセル) (被保険者番号、氏名、性別、生年月日等の項目があるもの) CD-R 又は DVD-R
N+1月3日	資格審査  返戻内容の確認 	【返戻予定申請書確認】 ・返戻対象申請書リスト(内容)(別紙3)作成 
N+1月8日 翌開庁日	メール ・パンチエラー修正依頼 ・返戻分パンチ削除依頼 	【SAMファイルの修正】 ・パンチエラー等修正対応 ・時点返戻分削除対応 
N+1月15日	修正後データ 	メール  【照会対象申請書の抽出】 【照会内容確認】 ・文書照会対象申請書リスト(別紙1)作成 ・内容点検
N+1月18日	広域連合支給処理 データ処理 ・支給決定通知書 ・施術師別支給一覧 	
N+1月末日 -6開庁日	【支給決定通知書等引渡し】 メール ・支給決定通知書 ・施術師別支給一覧 ・指導付箋 ・相殺通知 ・最終発送件数一覧 ・返戻対象申請書リスト 	【療養費支給申請書の受領】 確認 ・支給決定通知書 ・施術師別支給一覧 ・指導付箋 ・相殺通知 ・返戻の支給申請書等原本 ・返戻のお知らせ ・その他通知等(必要に応じ) 
N+1月25日	【受領】 直接引渡 	【返却】 ・療養費支給申請書等 
N+1月末日 -4開庁日	【照会対象の確認】 選択・追加 	N+1月末日 【被保険者へ照会】 ・照会文書作成・発送 (回答期限:発送日翌日から14日後) ・発送後、問い合わせに対応 ・回答回収後、申請書と突合せ点検 
N+1月末日 -2開庁日		【施術師等へ発送】  ・支給決定通知書 ・施術師別支給一覧 ・指導付箋 ・相殺通知 ・返戻の支給申請書等原本 ・返戻のお知らせ ・その他通知等(必要に応じ) 問い合わせ対応
N+1月末日	施術師等への支払日	