

**令和7、8、9、10年度（10年度は令和10年4月分のみ）鍼灸、あん摩マッサージ  
療養費支給申請書に係る内容点検等業務仕様書**

**1 業務名**

鍼灸、あん摩マッサージ療養費支給申請書に係る内容点検等業務（令和7年5月から令和10年4月受付分）

**2 業務目的**

鍼灸、あん摩マッサージ療養費支給申請書及び付属する添付書類（以下、「支給申請書等」という。）の内容点検等を行い、京都府後期高齢者医療の療養費適正化を図るとともに被保険者及び施術者等に療養費の正しい知識の普及・啓発を図ること。

**3 業務概要**

- (1) 支給申請書等の内容点検等業務
- (2) 支給申請書等の画像化及びデータ化業務
- (3) 支給決定通知書等の発送業務
- (4) 被保険者への照会及び回答とりまとめ等に係る業務
- (5) 各種通知についての問い合わせ対応業務
- (6) 上記（3）、（4）に係る各種封筒の作成

**4 業務委託期間及び業務の対象**

業務委託期間は令和7年5月1日から令和10年4月30日までの36か月とし、年度ごとの業務対象となる受付月は、次のとおりとする。

年度	期間	業務の対象となる受付月
令和7年度	令和7年5月1日から令和8年3月31日	令和7年5月から令和8年3月受付分
令和8年度	令和8年4月1日から令和9年3月31日	令和8年4月から令和9年3月受付分
令和9年度	令和9年4月1日から令和10年3月31日	令和9年4月から令和10年3月受付分
令和10年度	令和10年4月1日から令和10年4月30日	令和10年4月受付分

**5 予定委託件数**

項目	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	計
支給申請書等の内容点検及び画像化、データ化 (※)	約 94,600 件	約 105,600 件	約 108,000 件	約 9,200 件	約 317,400 件
被保険者への患者照会	約 3,670 件	約 4,000 件	約 4,000 件	約 330 件	約 12,000 件
支給決定通知書等 送付件数	約 4,180 件	約 4,680 件	約 4,800 件	約 410 件	約 14,070 件

封筒（長形3号）作成 患者照会送付用	約 3,670 通	約 4,000 通	約 4,000 通	約 330 件	約 12,000 通
封筒（長形3号）作成 患者照会返信用	約 3,670 通	約 4,000 通	約 4,000 通	約 330 件	約 12,000 通
封筒（長形3号）作成 支給決定通知書等用	約 3,300 通	約 3,720 通	約 3,840 通	約 330 件	約 11,190 通
封筒（角形2号）作成 支給決定通知書等用	約 880 通	約 960 通	約 960 通	約 80 件	約 2,880 通

※令和5年4月から令和6年3月の支給申請書等の内容点検及び画像データ化の実績件数は年間で98,389件

## 6 業務内容

### (1) 支給申請書等の收受・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、指定する場所において総括表及び支給申請書等を受領し、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管理者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番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。
- ④ 支給申請書等1枚ごとに、表面の右上に赤色の数字で、次に示すとおり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。

### (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

- ・「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2及び別表3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。
- ・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。
- ・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を確認すること。
- ・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件ごとの施術年月、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 点検の方法

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、「点検処理基準」（別表4）の項目ごとに基準を満たしているかどうかについ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。

「点検処理基準」（別表4）については、年度途中であっても広域連合の判断により、点検内容を変更する場合がある。その場合は、変更後の点検内容に沿って点検すること。

なお、受託者は「点検処理基準」（別表4）に即して正確かつ丁寧に点検を行うこと。

#### ② 点検の担当者

内容点検に際しては、受託者は、鍼灸、あん摩マッサージの点検業務に精通した担当者をあたらせること。

### ③ 疑義の報告

受託者は、①による点検において、疑義が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報告し、広域連合の指示に基づいて処理すること。

## (5) 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、「返戻対象申請書リスト（内容）」（別紙1）を、支給申請書等引渡し月の翌月第三開庁日までに作成し、広域連合に納品する（3月分については別途協議）。
- ② 「返戻対象申請書リスト（内容）」（別紙1）について、広域連合は返戻内容を確認し、必要に応じて追加及び削除を行い、当月の返戻内容を確定した上で、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原本を抜取り、返戻のお知らせを印刷し、対応する支給申請書等原本の一番上に重ね、左上をステープルで一点留めし、(6)に示す支給決定通知書等と併せて送付する。
- ④ 支給申請書等の返戻に対する問い合わせは、基本的に受託者において適切に対応することとし、受託者において問い合わせ対応が困難と判断される返戻分については、広域連合において対応する。なお、どの返戻分を受託者での対応とするかは、広域連合において判断のうえ受託者に通知する。
- ⑤ 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。

## (6) 支給決定通知書等の送付について

- ① 受託者は、広域連合が作成した支給決定通知書、施術管理者別支給一覧及び(5)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、施術管理者等への支払日の2営業日前に送付すること。
- ② 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。
- ③ 支給決定通知書等の送付に使用する封筒の規格は長形3号または角形2号とし、受託者において作成すること。
- ④ 送付の際は基本的に長形3号封筒を使用し、長形3号封筒に封入できない場合は角形2号封筒を使用すること。
- ⑤ 支給決定通知書等の送付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。

## (7) 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閉庁日）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、(2)⑤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。

## (8) 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（以下、「患者照会」という。）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2）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2）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。  
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 患者照会文書の発送に使用する封筒の規格は長形3号、返信用封筒の規格は長形3号とし、受託者において作成すること。また、患者照会に使用する封筒には受託者の問い合わせ先を記載すること。
- ④ 患者照会に関する被保険者等からの電話での問い合わせには、受託者において対応すること。
- ⑤ 受託者は、照会及び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3）により広域連合に報告すること（報告は回答期限の月末までにすること）。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。
- ⑧ 患者照会に要した郵送料については、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。

## 7 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、必要に応じて受託者と協議のうえ広域連合が作成し、受託者に送付する。

## 8 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) 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。

**(4) 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。

**(5) 制度改正対応**

委託期間中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。

**(6) 委託件数及び単価について**

予定委託件数と比べて、実際の委託件数に増減がある場合においても、単価の見直しは行わない。

**(7) 委託業務の引継ぎ**

契約が終了する場合（契約解除により契約が終了した場合を含む。）、受託者は、広域連合の指示に基づき契約期間中に引継ぎ期間を設け、円滑に業務を引継ぐこと。なお、引継ぎに係る交通費等の費用については、受託者の費用負担とする。

**(8) 再委託について**

受託者は、業務の全部又はその主たる部分を他に委託し又は請負させてはならない。ただし、業務の主たる部分以外（付随的な業務又は補助的な業務等）の再委託にあたっては、文書により委託者の承認を得なければならない。

**(9) 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。

# 別表 1

## パンチデータ項目表

※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)	別途配付する機関コード及び送付先一覧を参考に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7桁)	
25 支給決定額	

※詳細は別表3を参照のこと。

※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」)

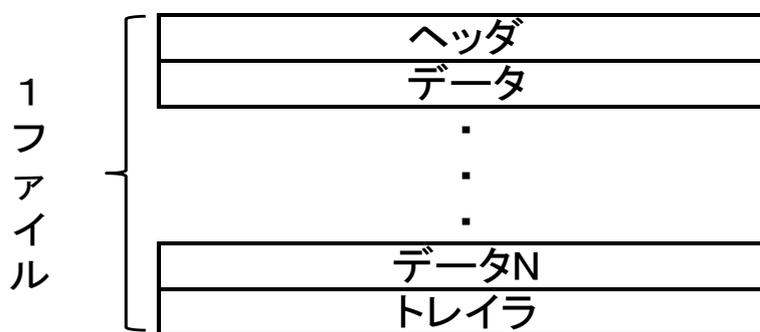
## 1 ファイル構成

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: 各インターフェースデータは別表3を参照。

## 異動情報ファイル



## 2 レコードフォーマット

## 2-1 ヘッダレコード

ヘッダレコード表

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	「D16」を設定する。	
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。	※1
5	各インターフェースデータは別表3を参照。	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に「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)」。	※2
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)」)	※3
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	※4

※1 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)。

※2 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)。

※3 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。

※4 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。

## 2-2 データレコード

データレコード表

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3を参照。

## 2-3 トレイラレコード

トレイラレコード表

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。

## 2-4 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0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。

## オ) 和暦元号

- ・項目の説明として項目（英数属性）に「和暦」を設定する旨、記載している場合、値の1桁目（6）に該当する値には、以下の値を設定する。
- 1：明治、2：大正、3：昭和、4：平成、5：令和

## 2-5 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」

## 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	診療年月を和暦(GYYMM)で設定する。 例 平成20年4月→「42004」	◎	※3	
3	医療機関	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	◎	※21	
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。	◎	※19	
12	施術開始年月日	英数	7	7	施術(診療)開始年月日を和暦(GYYMDD)で設定する。 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)終了年月日を和暦(GYYMDD)で設定する。 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 から順番に和暦 (GYMM) で設定する。 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。	○	※1 1
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。	○	※1 2
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 2 負担者	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	受付年月日を和暦 (GYMMDD) で設定する。 例 平成20年4月1日→「4200401」	◎	
65	決定年月日		英数	7	7	決定年月日を和暦 (GYMMDD) で設定する。 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	支出年月日を和暦 (GYMMDD) で設定する。 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		

No.	項目名	属性	桁数	バイト数	内容	必須区分 (※1)	備考	
70	支給額	英数	8	8	未使用			
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 ※32
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 ※32
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 ※32
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 ※32
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 ※32
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 ※32
82	公金受取口座一括照会フラグ	英数	1	1	支払先が被保険者への療養費払いの場合で、公金受取口座に支給を行うために公金受取口座一括照会を利用する場合に、1:一括照会するを設定する。上記以外の場合は空白とする。	○	※31	
83	予備	英数	46	46				

- ※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。

- ※1 1 公費の負担額を設定する。
- ※1 2 公費併用の場合の負担額を設定する。
- ※1 3 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。
- ※1 4 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。
- ※1 5 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。
- ※1 6 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。
- ※1 7 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。
- ※1 8 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  
に設定されていない場合は振込先不明でエラーとする。
- ※1 9 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。
- ※2 0 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。
- ※2 1 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
- ※3 1 オプション管理(TZ14)の「業務コード:KD、オプションID:051」(公金受取口座一括照会の取り扱い)  
が「1:一括照会を運用する」となっている場合で、かつ支払先が被保険者への療養費払いの場合、支給  
申請書の「公金受取口座を利用します」がチェックされて公金受取口座の利用意思を被保険者が示され  
ているならば「1:一括照会する」を設定する。
- ※3 2 公金受取口座一括照会フラグに「1:一括照会する」が設定された場合、一括照会で取得した公金受取口  
座の情報を優先して振込先とする。この場合、この療養費情報での口座情報の設定を省略できる。

点検処理基準

種別	項目	基準	処理	基準を満たさない場合に返戻付箋に記載する返戻理由
(鍼灸、あん摩マッサージ共通) 療養費支給申請書	支給申請書様式	・令和6年9月施術分までは旧様式、10月施術分以降は新様式。	返戻	支給申請書様式相違
	機関コード	・機関コードの記入あり。 ・桁数は10桁。 ・3桁目は鍼灸が「8」、マッサージが「9」。	返戻	機関コード(旧「施術師コード」)記載なし、機関コード(旧「施術師コード」)記載不備
		・広域連合から団体・施術管理者に通知した機関コードと一致。	返戻	機関コード(旧「施術師コード」)記載誤り
	登録記号番号	・施術証明欄に登録記号番号の記入が必要。 ・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
	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。 ※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。	返戻	〇〇記載なし、〇〇記載不備、〇〇相違 (例) ・施術年月、初療年月日、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
	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〇の数一致する。	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と一致。	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る。 ※一部負担金額誤りは、合計額と請求金額が正しければ返戻しない。	返戻	合計額、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。 ※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。 ・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。	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。 ※当月1日から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
	傷病名及び症状欄について	・同意書の傷病名が全て記載あり。 ※同意書の傷病名の一部しか記載が無い場合は返戻。	返戻	傷病名記載不備
	施術料について	・本来記載すべき施術欄以外の箇所に、金額及び回数を記載している場合は返戻する。 ※例えば、訪問施術料1に記載すべきところを、通所と往療料の欄に記載している場合等。	返戻	施術料欄の記載誤り
	往療又は訪問の理由	・往療又は訪問による施術をしている場合、該当理由に同意書と同一項目の〇が無ければ返戻する(同意書のその他に記載があればその他の記載も必要)。	返戻	往療又は訪問の理由の記載不備
	施術料	・単価が厚労省の通知の額と異なる場合は、返戻する。	返戻	単価相違
	振込先口座名義	・振込先の口座名義が、委任欄の代理人氏名と一致していない場合、返戻する。 ※ただし、「療養費の受領を下記の代理人に委任します。」と施術証明欄に記載されていた場合は、返戻しない。	返戻	療養費の受領委任に関する記載なし
訪問施術料	・訪問施術料かつ往療料を算定していない。	返戻	往療料算定不可	
特別地域加算	・特別地域加算を算定しているかどうか	保留	特別地域加算あり	
(あん摩マッサージ) 療養費支給申請書	実日数、施術日欄の記号の数	・実日数と施術日欄の記号の合計数が一致していなければ返戻する。	返戻	実日数、施術日不整合
	マッサージ(施術料)の施術回数	・同意のない部位に回数が記載されていた場合は返戻する。	返戻	同意のない施術部位あり
	マッサージ(施術料)の施術回数	・施術回数が全て空白の場合は返戻する。	返戻	施術回数記載不備

## 点検処理基準

種別	項目	基準	処理	基準を満たさない場合に返戻付箋に記載する返戻理由
療養費支給(鍼灸)	施術の種類	・1術又は2術に回数に記載が無ければ返戻する。	返戻	施術の種類欄の記載もれ
	施術の種類	・実日数、1術及び2術の合計回数、施術日欄の記号の合計数が一致していなければ返戻する。	返戻	施術日数不整合
傷病名	傷病名・症状	・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	返戻	傷病名記載不備
	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。	返戻	症状に対する施術部位関連なし
同意書関連	(再)同意書の添付	・同意、又は再同意初月には原本添付が必要。	返戻	・(再)同意書原本添付なし
	(再)同意書の有効期限	・鍼灸及びマッサージの有効期限は、初療または再同意日が月の15日以前の場合は当該月の5ヶ月後の月の末日。月の16日以降の場合は当該月の6ヶ月後の月の末日 ※ただし、変形徒手矯正術を行うマッサージの有効期限は、初療又は再同意日から起算して1ヶ月。	返戻	・同意書有効期限外の施術
	同意書と申請書の氏名・住所・生年月日	・同意書と申請書の氏名が一致。	返戻(※1)	同意書氏名相違
		・同意書と申請書の生年月日が一致。	返戻	同意書生年月日相違
		・同意書と申請書の住所が一致。	返戻(※1)	同意書住所相違
	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。	返戻(※1)	傷病名相違
	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。	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。(マッサージのみ)	返戻	同意書往療理由選択なし
	往療理由	・(マッサージのみ)患者本人が歩行困難等、真に安静を必要とするやむを得ない理由が必要。	返戻	同意書往療理由不相当
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。 ※些細な誤記やなぞり修正は返戻しない。	返戻	・同意書記載不備	
往療料	往療内訳表添付有無	【令和6年9月】 ・往療料を算定している場合は往療内訳表が必要。	返戻	往療内訳表添付なし
	往療内訳表の記載	・往療内訳表の記載不備。	返戻	往療内訳表添付なし、往療内訳表記載不備
	往療料算定額	・距離に応じた加算金額を適正に算定する。	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	・同一施設の複数入所者への連続往療は、1人分のみ算定。	返戻	往療料算定不可
・同一施設(※5)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。		返戻	往療料重複請求	
併施	鍼灸・マッサージ併設施術所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。	返戻	マッサージと鍼灸の併用不可
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。	返戻	1年以上・月16回以上施術継続理由・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。	返戻	1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書記載不備 ([理由を記入]) ([理由を記入]の例) ○○記載なし、○○記載不備、○○相違
施術報告書	施術報告書交付料	・施術報告書交付料を算定している申請書があった場合	保留	施術報告書交付料算定あり

※1 住所、氏名、番地の些細な誤記、通称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)







□ 処理フロー (N-1月施術分)

