

検討委員会からのお知らせ

オンライン請求をされている医療機関の皆様へ

～当座口振込通知書、診療報酬等支払通知書(後期高齢者医療)等の ダウンロードについて～

※書面や光ディスクによる請求を行う医療機関の皆様は対象外です。

令和6年10月送付分以降、レセプトの査定分書類や税金の申告等に必要な会計書類等の紙媒体の送付が支払基金および国保連合会とも廃止になっており、その対処法をお知らせします。

----- 廃止となったもの -----

支払基金 : 当座口振込通知書 等

国保連合会 : 診療報酬等支払通知書

後期高齢者医療診療報酬等支払通知書 等

(その他) 増減点連絡書 等

支 払 基 金	国 保 連 合 会
・増減点連絡書等 (当月と過去 11 カ月分) ↑ 査定分の修正に必要 ・振 込 額 明 細 (当月と過去 2 カ月分)	・増減点連絡書 (当月と過去 11 カ月分) ↑ 査定分の修正に必要 ・返戻内訳書 (当月と過去 11 カ月分) ・資格確認結果 (当月と過去 11 カ月分) ・振 込 額 (当月と過去 2 カ月分)

**※ 振込額等の資料は3月分(当月と過去2月分)しかダウンロードできませんので、
早めにダウンロードしてください**

ダ ウ ン ロ ード 後



- ・プリントアウト
- ・USB等にダウンロード後、パソコンへ出力
- ・共有しているパソコンへデータを移行 等

※方法はベンダーによって異なりますので、詳しくはベンダーへお問い合わせください
(県歯事務局では把握していませんのでお問い合わせはご遠慮ください)

ダウンロードについて

毎月1日～4日はシステムメンテナンスのため、ダウンロードはできません



オンライン請求システム

審査支払機関選択

診療(調剤)報酬を請求する審査支払機関を選んで下さい。
この画面を終了する場合は、閉じるボタンを押して下さい。

社会保険診療報酬
支払基金岡山支部

← クリック →

岡山県国民健康
保険団体連合会

■証明書を取得する際はここをクリックして下さい。
[証明書ダウンロードサイト](#)(専用のユーザID、パスワードが必要です。)



オンライン請求システム

国民健康保険団体連合会

診療(調剤)報酬・訪問看護療養費の請求を行う場合は請求ボタンを押して下さい。
作成したレセプトデータの試験を行う場合は確認試験ボタンを押して下さい。

↓ クリック

請求

請求期間は5日から10日まで、訂正可能期間は12日までです。
なお、当月の請求状況は、請求ボタンを押すことで5日から月末の間、
確認できます。

確認試験

確認試験の利用期間は、5日から月末までです。

【利用可能時間】
請求 : 5日～月末・・・8時～21時
(8日～10日・・・8時～24時)
確認試験 : 5日～月末・・・8時～21時



オンライン請求システム

岡山県国民健康保険団体連合会

ユーザIDとパスワードを入力して下さい。

ユーザID

パスワード

入力して

ログイン

[利用規約](#) [プライバシーポリシー](#) [パスワードを忘れた方へ](#)

支 払 基 金

- オンライン
請求
- トップページ
- お知らせ
- レセプト送信・状況
- レセプト訂正・状況
- 再審査・取下げ
- 各種帳票等
- 増減点連絡書等
- 振込額明細
- 返戻レセプト
- パスワード変更
- マニュアル
- お問合せ先
- ログアウト

振込額明細データダウンロード

過去3か月の振込額明細データ等と当座口振込通知書等データのダウンロードができます。
振込額明細データ等のExcel版を作成する場合は作成ボタンをクリックして下さい。

「各種帳票等」を選択し希望の書類を選択 増減点連絡書等 振込額明細

項番	処理年月	帳票名	ダウンロード日	ダウンロード		
				CSVファイル	Excelファイル	PDFファイル
1	令和6年10月	当座口振込通知書等	2024/12/6 09:17	—	—	ダウンロード
2	令和6年10月	振込額明細データ等	未ダウンロード	ダウンロード	作成	—
3	令和6年9月	当座口振込通知書等	2024/11/11 15:02	—	—	ダウンロード
4	令和6年9月	振込額明細データ等	未ダウンロード	ダウンロード	作成	—
5	令和6年8月	当座口振込通知書等	2024/10/25 16:07	—	—	ダウンロード
6	令和6年8月	振込額明細データ等	2024/10/11 16:04	ダウンロード	作成	—

ダウンロード日欄は、ダウンロードボタンをクリックした最新の日時が表示されます。

希望月の当座口振込書等の「ダウンロード」を選択して保存・印刷

国 保 連 合 会

- オンライン
請求
- トップページ
- お知らせ
- レセプト送信・状況
- 再審査・取下げ
- 各種帳票等
- 増減点連絡書
- 返戻内訳書
- 資格確認結果
- 振込額
- 返戻レセプト
- 各種申請送信・状況
- パスワード変更
- マニュアル
- お問合せ先
- ログアウト

振込額ダウンロード

「各種帳票等」を選択し希望の書類を選択

・ 増減点連絡書 ・ 返戻内訳書 ・ 資格確認結果 ・ 振込額

3か月分の振込額データがダウンロードできます。

項番	処理年月	区分	ダウンロード日	ダウンロード
1	令和6年10月	月中	2024/12/06 09:38	ダウンロード
2	令和6年10月	月初	2024/12/06 09:38	ダウンロード
3	令和6年9月	月中	2024/12/06 09:37	ダウンロード

希望の月の振込額データの「ダウンロード」を選択し保存・印刷を行ってください

※（後期高齢者医療）診療報酬等支払通知書は「区分：月中」でダウンロードが可能です

※ダウンロード完了後は「ダウンロード日」欄の表示が未ダウンロードから日時に変わります

国保の月初と月中について

国保には月初と月中の区分が存在し、それぞれダウンロードが可能となる期間が違います。

どちらも必ずダウンロードしてください。

また、月中の書類は15日頃までダウンロードができないため、月の頭から15日頃までは当月分はなく、過去の2月分しかダウンロードできません。

原審査関連帳票 月初 (毎月5日頃) 該当の帳票がある場合	資格確認結果連絡書（原審査） 受付エラー連絡票 増減点連絡書 突合点検結果連絡書 返戻内訳書 特別審査関連帳票 増減点返戻通知書	国保・後期
支払関連帳票、 過誤・再審査関連帳票 月中 (毎月15日頃) 該当の帳票がある場合	診療（調剤）報酬等支払額決定通知書 診療（調剤）報酬等支払額決定通知書内訳書 過誤調整結果通知書 公費負担医療過誤調整結果通知書 過誤・再審査結果通知書 公費負担医療過誤・再審査結果通知書 資格確認結果連絡書（再審査）※CSVは月初に掲載	国保・後期

ダウンロード可能期間を過ぎた場合の対応について

岡山県国民健康保険団体連合会のトップページおよび社会保険診療報酬支払基金トップページより再発行依頼書をダウンロードし、必要事項を記載したうえで下記へ送付してください。

なお、**ご自身の医療機関の宛先を記載した返信用封筒（切手貼付）を必ず同封してください。**

また、それぞれに提出する様式は別添でご確認ください（コピーしてご活用ください）。

～送付先～

岡山県国民健康保険団体連合会 〒700-8568 岡山市北区桑田町17-5

- ・診療（調剤）報酬支払額決定通知書再発行依頼書
- ・過誤・再審査結果通知書再発行依頼書

社会保険診療報酬支払基金岡山審査委員会事務局 〒700-8533 岡山市北区新屋敷町2丁目1-16

- ・再発行依頼書
- ・増減点連絡書等再作成依頼書

別添様式

岡山県国民健康保険団体連合会

- ・ 診療（調剤）報酬支払額決定通知書再発行依頼書
- ・ 過誤・再審査結果通知書再発行依頼書

社会保険診療報酬支払基金岡山支部

- ・ 再発行依頼書
- ・ 増減点連絡書等再作成依頼書

診療(調剤)報酬支払額決定通知書再発行依頼書

令和 年 月 日

岡山県国民健康保険団体連合会 御中

下記のとおり、診療(調剤)報酬支払額決定通知書の再発行を依頼します。

医療機関コード	
名称	
開設者氏名	
所在地	〒
電話番号	

再発行する診療月	年 月診療分 (年 月振込分)
保険種別	☐ 国民健康保険 ☐ 後期高齢者医療
通知書種類	☐ 支払額決定通知書 ☐ 支払額決定通知書内訳書 ☐ 支払額決定通知書(年計) ☐ 支払額決定通知書内訳書(年計)

※ オンライン請求システムからのダウンロード可能期間に該当する帳票は対象外となり、受付できませんのであらかじめご了承ください。

※ 再発行を依頼する場合は、この依頼書と返信用封筒(切手貼付)を同封のうえ、下記宛先まで送付してください。

※ 直接国保連合会へ受け取りに来られる場合は、あらかじめ連絡のうえ、この依頼書と医療機関の証明書(過去に発行した支払額決定通知書等)を持参してください。

送付先 〒700-8568
岡山市北区桑田町17番5号
岡山県国民健康保険団体連合会
審査管理課 支払調整班
電話 086-223-8825

過誤・再審査結果通知書再発行依頼書

令和 年 月 日

岡山県国民健康保険団体連合会 行

下記のとおり、過誤・再審査結果通知書の再発行を依頼します。

医療機関コード	
名称	
開設者氏名	
所在地	〒 ー
電話番号	

再発行する処理月	令和 年 月 処理分
保険種別	☐ 国民健康保険 ☐ 後期高齢者医療

※ 再発行を依頼する場合は、この依頼書と返信用封筒(切手貼付)を同封のうえ
下記宛先まで送付してください。

※ 直接国保連合会へ受け取りに来られる場合は、あらかじめ連絡のうえ、この依頼書と
医療機関の証明書(過去に発行した支払額決定通知書等)を持参してください。

送付先 〒700-8568
岡山市北区桑田町17番5号

岡山県国民健康保険団体連合会
審査支援課 再審査処理班
電話 086-223-8829
FAX 086-223-0300

令和 年 月 日

社会保険診療報酬支払基金 宛

再発行依頼書

以下の帳票について再発行を依頼します。

担当者： _____

電話番号： _____

1. 再発行を依頼する帳票に✓印を記入の上、依頼年月分等を和暦で記入してください。

☐	当座口振込通知書 ※診療年月及び振込年月を記載	診療（調剤）年月	年 月診療分
		振込年月	年 月振込
☐	支払調書	診療（調剤）年	年分

2. 医療機関等情報を記入してください。

点数表区分 (該当する項目に✓)	☐ 医科 ☐ 歯科 ☐ 調剤 ☐ 訪問 ☐ 健診 ☐ 助産所	保険医療機関等 コード	
保険医療機関等 名称			
保険医療機関等 所在地			
開設者氏名			
再発行理由			
依頼者氏名			
依頼者送付先			

3. 宛先を記載した返信用封筒（切手貼付）を必ず同封してください。

【留意事項】

- 個人情報保護のため、電話・ファクシミリによる支払金額の照会、再発行依頼については応じられませんのでご了承ください。
- 会計事務所等の代理人が依頼される場合は、開設者の委任状及び印鑑登録証明書（発行から3か月以内の原本）が必要です。
- お問合せについては、保険医療機関等が所在する都道府県の審査委員会事務局までお願いします。
- 開設者からの依頼については、保険医療機関等所在地への送付となります。

記載例

令和4年12月1日

社会保険診療報酬支払基金 宛

再発行依頼書

再発行を依頼する診療（調剤等）年月及び振込年月の両方を和暦で記入してください。
なお、複数月の再発行を依頼する場合は、適宜記入願います。

再発行依頼に係る担当者と電話番号を記入してください。

担当者：支払 花子

電話番号：03-●●●●●●-●●●●●●

※診療年月及び振込年月等を和暦で記入してください。

☒	当座口振込通知書 ※診療年月及び振込年月を記載	診療（調剤）年	令和4	年	4	月診療分
		振込年月	令和4	年	6	月振込
☐	支払調書	診療（調剤）年				

保険医療機関等コード（7桁）を記入してください。

2. 医療機関等情報を記入してください。

点数表区分 (該当する項目に✓)	☒ 医科 ☐ 歯科 ☐ 調剤 ☐ 訪問 ☐ 健診 ☐ 助産所	保険医療機関等 コード
保険医療機関等 名称	〇〇医院	
保険医療機関等 所在地	〒999-1234 東京都港区新橋 2-1-3	
開設者氏名・印	基金 太郎	
再発行理由	当座口振込通知書を紛失したため	
依頼者氏名・印	支払 花子	
依頼者送付先	〒123-9999 神奈川県横浜市中区山下町 34	

保険医療機関等の開設者（法人の場合は、法人名及び代表者名）を記入してください。

3. 宛先を記載した返信用封筒（切手貼付）を必ず同封してください。

【留意事項】

- 個人情報保護のため、電話・ファクシミリによる支払金額の照会、再発行依頼については応じられませんのでご了承願います。
- 会計事務所等の代理人が依頼される場合は、開設者の委任状及び印鑑登録証明書（発行から3か月以内の原本）が必要です。
- お問合せについては、保険医療機関等所在地の支払基金（センター又は事務局）までお願いします。
- 開設者からの依頼については、保険医療機関等所在地への送付となります。

增減點連絡書等再作成依頼書

点 数 表 区 分	1:医科 3:歯科 4:調剤 6:訪問	
医療機関等（薬局） 番 号		
医療機関（薬局） 名 称		
所 在 地	〒 -	
開 設 者 氏 名		
連 絡 先 電 話 番 号		
担 当 者 氏 名		
再 発 行 依 頼 診療（調剤）年月	年 月診療分 ～ 年 月診療分まで ※期間によって対応できない場合があります。	
再 作 成 依 頼 内 容	☐ 増減点連絡書 ☐ 返戻内訳書 ☐ 再審査等支払調整額通知票 ☐ その他（ ）	
必要理由	☐ 厚生局監査の事前準備に必要なため ☐ その他（ ）	
※基金使用欄	※マスク確認者	※送付帳票確認者
	※	※

- 1 お問合わせについては、医療機関等所在地の支払基金までお願いします。
- 2 開設者と担当者が異なる場合は、届け出ている電話番号に連絡の上、開設者と担当者の関係性を確認させていただくことがございます。
- 3 「※基金使用欄」は記載しないでください。

記載例

重 要 性 分 類 II

令和6年●月●日

社会保険診療報酬支払基金 御中

増減点連絡書等再作成依頼書

次のとおり増減点連絡書等の再作成を依頼します。

点 数 表 区 分	1:医科 3:歯科 4:調剤 6:訪問
医療機関等（薬局） 番 号	0000000 保険医療機関等コード（7桁） を記入してください。
医療機関（薬局） 名 称	●●医院
所 在 地	〒999 - 1234 東京都●区●●●0-0-0
開 設 者 氏 名	基金 太郎 保険医療機関等の開設者（法人の場合は、 法人名及び代表者名）を記入してください。
連絡先電話番号	03-●●●●●-●●●●●
担 当 者 氏 名	支払 花子 再発行依頼に係る担当者 を記入してください。
再 発 行 依 頼 診 療（調 剤）年 月	令和6 年 4 月診療分～ 令和6 年 6 月診療分まで ※期間によって対応できない場合があります。
再 作 成 依 頼 内 容	☒ 増減点連絡書 ☐ 返戻内訳書 ☐ 再審査等支払調整額通知票 ☐ その他（ ） 再発行を依頼する診療 （調剤等）年月を和暦で 記入してください。
必要理由	☐ 厚生局監査の事前準備に必要なため ☒ その他（ 増減点連絡書を紛失したため ）
※基金使用欄	※マスタ確認者
	※送付帳票確認者

【留意事項】

- お問合わせについては、医療機関等所在地の支払基金までお願いします。
- 開設者と担当者が異なる場合は、届け出ている電話番号に連絡の上、開設者と担当者の関係性を確認させていただくことがございます。
- 「※基金使用欄」は記載しないでください。