

国保連審査情報トピック

旧:とっとり国保連 Times

2025 年
11 月号

【鳥取県国民健康保険団体連合会】

〒680-0061 鳥取市立川町 6 丁目 176 番地 鳥取県東部庁舎 5 階

TEL:0857-20-3684(審査課)

H P:https://www.kokuho-tottori.or.jp



@torikokuhoren

X(旧 Twitter)用
QR コードはこちら→



鳥取県国民健康保険
マスコットキャラクター
けんぞうくん

支払日程等

【診療報酬等明細書】

診療月	増減点等 通知書発送日	診療報酬等支払日		支払通知書 発送予定日
		電子請求	紙請求	
2025 年 10 月	12 月 5 日(金)	12 月 22 日(月)	12 月 26 日(金)	【目安】 支払日の 3 営業日前
2025 年 11 月	1 月 5 日(月)	1 月 20 日(火)	1 月 29 日(木)	

【出産育児一時金】

提出月	出産育児一時金支払日		支払通知書 発送予定日
	正常分娩分	異常分娩分	
2025 年 11 月	12 月 8 日(月)	12 月 22 日(月)	【目安】 支払日の 3 営業日前
2025 年 12 月	1 月 9 日(金)	1 月 20 日(火)	

※支払通知書は支払日の 3 営業日前を目安に発送予定ですが、前後する場合があります。

振込額データ公開日程

以下帳票種別①～⑨について、オンライン請求システムよりダウンロードが可能となっています。
下表のとおりデータを公開しますので、ぜひダウンロード機能をご活用ください。

帳票種別	①支払額決定通知書(国保/後期)	⑥後期高齢者過誤調整結果通知書
	②支払額決定通知書内訳書(国保/後期)	⑦公費負担医療過誤調整結果通知書(国保・後期)
	③増減点返戻通知書(国保/後期)	⑧資格確認結果連絡書(原審査)
	④過誤・再審査結果通知書(国保/後期)	⑨資格確認結果連絡書(再審査)
	⑤国民健康保険過誤調整結果通知書	

帳票種別	2025 年			2026 年	
	10 月 請求分	11 月 請求分	12 月 請求分	1 月 請求分	2 月 請求分
①	11/14 (金)	12/16 (火)	1/14 (水)	2/14 (土)	3/14 (土)
②					
③ ⋮ ⑨	11/5 (水)	12/5 (金)	1/5 (月)	2/5 (木)	3/5 (木)

※データのダウンロード期限は公開から 3 ヶ月までとなります。期限後はダウンロードが一切できなくなりますのでご注意ください。

国保連からのお知らせ

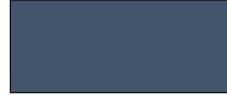
再審査等請求書の記載にあたってのお願い

再 審 査 等 請 求 書

令和 7 年 8 月 1 日

鳥取県国民健康保険団体連合会 御中

保険医療機関等の
所在地及び名称
開設者氏名
電話番号
担当者名



下記理由により、診療報酬等明細書を

再審査
取下げ

願います。

①医療機関コード

②再審査等
対象種別

1	点数表	① 医科 3 歯科 4 調剤 6 訪問	医療機関等 コード	3 1 1 0 1 1 ● ● ● ●
2	診療 年月	7 年 6 月	請求 (調整) 年月	7 年 7 月
3	再審査等対象種別が 「2 突合再審査」 のとき、相手方薬局	薬局コード	(都道 府県 3 1)	0 1 4 ● ● ● ●
4	保険者番号	3 1 0 ● ● ● ●	記号・番号	△△・●●●●
5	公費負担者番号		受給者番号	
6	フリガナ 患者氏名	●●●●●●	生年月日	1 明治 2 大正 ③ 昭和 3 3 年 1 4 平成 5 令和
7	請求点数 (金額)	1,514 点(円)	一部 負担金	円
8	食事・生活 請求金額	円	標準 負担額	円
	No.	減点点数 (金額) 点(円)	減点事由及び箇所	減 点 内 容
	①			
	②			
	③			
	④			
【再審査請求理由】			【取下げ理由】 該当の番号を○で囲み、() の該当に○または理由を記載ください。	

突合再審査の申出
の場合は記載が必要

①医療機関コードについて

先頭より、**県番号** 2 桁「31」（鳥取県所在の機関）

+**点数表コード** 1 桁（「1」医科、「3」歯科、「4」調剤、「6」訪問看護）

+**機関コード** 7 桁の計 10 桁での記載をお願いします。

記載例（医科の機関）の場合

3	1	1	0	1	1	●	●	●	●
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

県番号（2 桁） 点数表（1 桁）

機関コード（レセプト記載の 7 桁）

※「県番号」、「点数表」の記載漏れの請求書が散見されますので、提出の際は漏れなく記載をお願いします。

②再審査等対象種別について

突合査定になったものについて、再審査申出を行う場合は、「1.一次審査」ではなく、「2.突合再審査」に○を付けてください。また、その下の相手方薬局の「**薬局コード**」「**薬局の名称**」についても併せて記載をお願いします。

※保険者からレセプトを取り寄せる際に、突合再審査については「医科もしくは歯科」+「調剤」のセットで申出を取り扱うために必要な情報ですので漏れなく記載をお願いします。