１　申請書情報

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ⑴ 記号番号 | 国 | 札 |  |  |  |  | － |  |  |  |  |
| ⑵ 被保険者氏名 |  |
| ⑶ 医療機関名 |  |
| ⑷ 診療年月 |  |

２　日本国内の基準で算定したレセプトの作成について

|  |  |
| --- | --- |
| ⑴ レセプト作成日 | 　年　月　日 |
| ⑵ レセプト作成者 |  | 印 |
| ⑶ レセプト作成における確認事項 | 【確認事項１】レセプトの算定は次の①、②のどちらの手法により算定したのか？ |
| [ ] 　① | 「健康保険法の規定による療養に要する費用の額の算定方法」の算定の例により算定した。 |
| [ ] 　② | ①による算定が困難であったため国内における同様の傷病に係る療養に要する費用の実績額によって算定した。 |
| 【確認事項２】【確認事項１】において①による算定が困難だった要因はなにか？ |
|  |
| ⑶ レセプト作成における確認事項（続き） | 【確認事項３】日本国内で認められている医療行為であるか？ |
| [ ] 　○　すべて日本国内で認められている医療行為である。[ ] 　×　日本国内で認められていない医療行為が含まれている。 |
| 【確認事項４】日本国内で保険給付の対象となっている医療行為であるか？ |
| [ ] 　○　すべて日本国内で保険給付の対象となっている医療行為である。[ ] 　×　日本国内で保険給付の対象となっていない医療行為か含まれている。 |
| 【確認事項５】算定にあたり保険給付の対象とすべきか否か疑義のあった点（判断に苦慮した点）はあるか？ |
| [ ] 　○　対象とすべきか疑義のあった点がある。[ ] 　×　疑義はなかった。 |
| 【確認事項６】【確認事項５】で疑義があったと報告したのはどの部分の算定か？ |

３　過去１年以内に国内の医療機関で受診したレセプトとの比較について

|  |  |
| --- | --- |
| ⑴　業務完了日 | 　年　月　日 |
| ⑵　業務従事者 |  | 印 |
| ⑶　確認事項 | 【確認事項３】　過去１年以内に国内で受診したレセプトと比較して、不自然な点があったか？（例：国内において慢性疾患に係る療養等を受けていないにもかかわらず、海外において慢性疾患に係る療養等を受けている場合等） |
| [ ] 　○　不自然な点が見つかった。[ ] 　×　不自然な点は見当たらなかった。 |
| 【確認事項４】【確認事項３】で見つかった不自然な点とはどのようなことか？ |

４　診療内容明細書および領収金額証明書の筆跡確認

|  |  |
| --- | --- |
| ⑴　業務完了日 | 　年　月　日 |
| ⑵　業務従事者 |  | 印 |
| ⑶　点検結果 | 【確認事項１】　被保険者による書類偽造の恐れがないか確認する。海外療養費支給申請書と診療内容明細書および領収金額証明書の筆跡が類似していないか？ |
| [ ] 　○　筆跡が異なっていることが明らかであり、疑義はない。[ ] 　×　筆跡が類似しており、疑義がある。 |
| ⑶　点検結果（続き） | 【確認事項２】今回申請のあった他の海外医療機関受診分の診療内容明細書又は領収金額証明書との筆跡確認をする。別の医療機関や医師から療養を受けているとされているにもかかわらず、当該医療機関や医師が記載した診療内容明細書又は領収金額証明書との筆跡が類似していないか？ |
| [ ] 　○　筆跡が異なっていることが明らかであり、疑義はない。[ ] 　×　筆跡が類似しており、疑義がある。 |
| 【確認事項３】【確認事項２】で疑義が認められた申請書？ |
| （類似が認められた申請書情報） |
| 国保番号 |  |
| 被保険者氏名 |  |
| 医療機関名 |  |
| 診療年月 |  |
| 【確認事項４】過去に申請のあった診療内容明細書又は領収金額証明書との筆跡確認をする。別の医療機関や医師から療養を受けているとされているにもかかわらず、当該医療機関や医師が記載した診療内容明細書又は領収金額証明書の筆跡が類似していないか？ |
| [ ] 　○　筆跡が異なっていることが明らかであり、疑義はない。[ ] 　×　筆跡が類似しており、疑義がある。 |
| 【確認事項５】【確認事項４】で疑義が認められた申請書は？ |
| （類似が認められた申請書情報） |
| 国保番号 |  |
| 被保険者氏名 |  |
| 医療機関名 |  |
| 診療年月 |  |

５　医療機関等の名称・所在地等のインターネット等による確認

|  |  |
| --- | --- |
| ⑴　業務完了日 | 　年　月　日 |
| ⑵　業務従事者 |  | 印 |
| ⑶　点検結果 | 【確認事項１】療養を受けたとされる医療機関等の存在が確認できたか？ |
| [ ] 　○　インターネット等により存在が確認できた。　　確認手段（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）[ ] 　×　存在が確認できなかった。 |

６　特記事項

|  |
| --- |
|  |