

事 務 連 絡
平成19年12月25日

各 保険医療機関 御中
保 険 薬 局

群馬県国民健康保険団体連合会

レセプトOCRエリアへの印字及び続紙等の取扱いについて（依頼）

平素より、本会の事業運営につきまして御協力をいただき厚くお礼申し上げます。
さて、本会では電子情報を活用し事務処理の効率化を図るため、紙レセプト等をOCR（光学式文字読取装置）で読み取り、データ管理するシステムの導入を平成20年4月から予定しています。
つきましては、OCRで正確にデータを読み取るため、下記について御理解・御協力をお願いします。

記

- 1 レセプトOCRエリアへの印字（レセプト電算処理システム及び手書きによるものを除く。）
 - (1) 仕様は、社会保険庁運営部編「レセプト基本フォーマット集（平成9年8月版）」を参考に電算レセプトのOCRエリア欄へ印字してください。
 - (2) レセプトの次の項目を訂正した場合には、OCRエリア欄との情報が異なりますので、OCRエリア欄の1行目（下段）を抹消するようお願いします。

診療年月、都道府県番号、医療機関コード、保険種別、本人・家族・入外、 保険者番号、記号・番号、市町村番号、老人受給者番号、公費負担者番号、 公費受給者番号、性別、元号、生年、生月日、診療実日数、公費診療実 日数、請求点数、公費請求点数、一部負担金、公費患者負担額
--
- 2 レセプトの添付書類
 - (1) 続紙は、レセプト（A4版）と同じ大きさの用紙に、診療年月、医療機関（薬局）コード、患者氏名、保険種別、保険者番号、被保険者証の記号・番号を記載した上、所定の内容を記載し、当該レセプトの次に重ね、左上端を貼り付けてください。
 - (2) 症状詳記及び日計表等は、続紙と同様に診療年月、医療機関（薬局）コード、患者氏名が分かるように記載をお願いします。

3 その他

- (1) レセプトの綴じ穴位置（レセプト電算処理システムによるものを除く。）
レセプトの左上の隅より右へ12mm、下へ12mmの位置を中心に半径2mmの穴をあけて、綴じ穴としてください。
- (2) 数字等の訂正
レセプトに記載した数字等の訂正を行うときは、修正液を使用することなく、誤って記載した数字等を＝線で抹消の上、正しい数字等を記載してください。
- (3) レセプト印字に際しての留意点（レセプト電算処理システム及び手書きによるものを除く。）
印字カスレ、インク汚れ及び印字ズレ（各枠線に接触するなど）が発生しないように御留意ください。

上記取扱いについては、平成20年4月請求分までに御協力をお願いします。
なお、既に上記取扱いを行っている場合には、引き続き御協力をお願いします。

〔 担当 審査第一課・第二課・第三課 〕
〔 電話 027-290-1338 〕