

再審査等支払調整額通知票 (補正・査定分)

022年 医療機関等コード: 19-02337
12月13日 医療機関等名: 点数表: 1 診療科: 内科

御中

社会保険診療報酬支払基金神奈川支部

令和 4年 7月診療分において、下記のとおり再審査等に係る調整をしましたので通知いたします。

診療年月 区分	保険者番号 (継承前) 受給者番号 主保険者	患者氏名 カルテ番号 生年月日 整理番号	調整金額 日数 点数 一部負担金	調整支給額 回数 基準額 標準負担額	増減点 項目、事由 (請求番号)	増減点内容	
						請求内容	補正・査定後内容
0404 本入	[REDACTED]	0001485069 S16. 12. 14150405912574540	-1,200			【請求理由】100060 診療内容に関するもの	
					-120	92 地域包括ケア病棟入院料2 看護補助者配置加算 (地域包括ケア病棟入院料) 急性期患者支援病床初期加算 (400床未満・他医一般病棟から転棟) 5級地域加算 A 認知症ケア加算3 (14日以内) 3079X 3	地域包括ケア病棟入院料2 看護補助者配置加算 (地域包括ケア病棟入院料) 急性期患者支援病床初期加算 (400床未満・他医一般病棟から転棟) 5級地域加算 3039X 3 A:療養担当規則等に照らし、医学的に保険診療上適応とならないもの
					-120		34,384
0311 高外一	D1140011	[REDACTED] 04011402609876601	-3,376			【請求理由】100060 診療内容に関するもの	
					-422	60 C MPO-ANCA 265X 1	C:療養担当規則等に照らし、A・B以外で医学的に保険診療上適当でないもの
					-157	60 C 抗SS-A/Ro抗体定性 抗SS-B/La抗体定性 320X 1	抗SS-A/Ro抗体定性 163X 1 C:療養担当規則等に照らし、A・B以外で医学的に保険診療上適当でないもの
					-422		3,786
0403 本外	01140011	[REDACTED] 04051400026744501	-259			【請求理由】100060 診療内容に関するもの	
			-37		-37	12 D 再診料 (同一日複数科受診時の2科目) 37X 1	
件数	合計調整金額	合計調整支給額	備考欄の数字は以下のとおりです。 1:保険者「42-13-6010」は、70歳代前半の被保険者等に係る一部負担金等の軽減特例措置の金額を表示しています。				
8	-7,380	0					

本帳票に印字しているレセプトについては、保険者等から電子レセプトにより再審査請求されたものです。

診療報酬明細書 (医科入院) 1社 令和 4年 4月分 冊番 14 区ロ

1 医科 | 2 公費 | 1 単独 | 1 本入

公費①	公費②
公費③	公費④

保険	記号・番号	(枝番)
----	-------	------

区分	特記事項
氏名	04後保
年齢	1男 3昭 16. 生
職務上の事由	

保険医療機関の所在地及び名称
診療科(01内)

病名	(1) 膿瘍性肺炎(主) (2) 器質性精神障害(主) (3) 高血圧症 (4) 嚥下障害
----	--

診療開始日	(1) 4年 4月 15日 (2) 4年 4月 18日 (3) 4年 4月 15日 (4) 4年 4月 15日	転	(1) 死亡	日
診療終了日		標		11日

11 初診	回
13 医学管理	
14 在宅	
20 投薬	21 内服 単 22 屯服 単 23 外用 単 24 調剤 日 26 麻薬 日 27 調剤 日
30 注射	31 皮下筋肉内 回 32 静脈内 回 33 その他 回
40 処置	処置 回
50 手術	手術・麻酔 回
60 検査	検査・病理 回
70 画像診断	画像診断 回
80 他薬	その他 555

- (80) * 摂食機能療法(30分以上)
疾患名(摂食機能療法); 対象疾患: 摂食機能障害
治療開始年月日(摂食機能療法); 令和 4年 4月 22日 185 × 3
- (90) * 退院 令和 4年 4月 25日
* 5級地域加算 9 × 1
* 医療安全対策加算2 30 × 1
* 認知症ケア加算3(14日以内) 40 × 3
* 感染対策向上加算3
逆携強化加算(感染対策向上加算2又は3)
サーベイランス強化加算(感染対策向上加算2又は3) 110 × 1
* データ提出加算1(許可病床数200床以上) 140 × 1
* 看護補助者配置加算(地域包括ケア病棟入院料) 160 × 1
- (92) * 地域包括ケア病棟入院料2 2620 × 1
* 急性期患者支援病床初期加算(400床未満・他医一般病棟から転棟)
入院元(急性期患者支援病床初期加算); 一般病棟(自院以外の急性期病院からの転院)算定対象である旨及び転院(転棟)回数(急性期患者支援病床初期加算); 入院元である「●●●●●●病院」は急性期一般入院料1を [続きあり]

90 入院	入院年月日 4年 4月 15日	90 入院基本料・加算	2259
安全2	×	日	
デ提1	×	日	
認ケア3	×	日	
	×	日	
	×	日	
			31570
		92 特定入院料・その他	

※高額療養費	円	※公	点
97 基準I	640円 × 30回	※公	点
食事特別	76円 × 22回	基準(生)	円 × 回
食費	円 × 日	特別(生)	円 × 回
生活環境	円 × 日		

請求点	※決	定	点	負担金額 円	請求 円	※決	定	円	標準負担額 円
34,384					30			20,872	0

令和 4 年 4 月分

氏名 [REDACTED]

算定している。本患者が当
 院に転院したのは初回である。
 直近の入院医療機関名及び退院年月日（在宅
 患者支援病床初期加算）；入院医療機関名：
 [REDACTED] 病院
 退院年月日：令和4年4月15日 250×11

(97)	* 特別食加算（食事療養）	2食	¥152×	2
	* 特別食加算（食事療養）	3食	¥228×	6
	* 入院時食事療養（1）（1食につき）（2以 外の食事療養）	1食	¥640×	1
	* 入院時食事療養（1）（1食につき）（2以 外の食事療養）	2食	¥1280×	1
	* 入院時食事療養（1）（1食につき）（2以 外の食事療養）	3食	¥1920×	9