

愛知県国民健康保険診療報酬審査委員会 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

印

再 審 査 請 求 書

下記理由により、診療(調剤)報酬明細書を再審査願います。

国保連合会用

1	点数表 区分	1. 医科 4. 調剤	3. 歯科	医療機関 (薬局) 番号								(旧)総合病院 診療料		
2	診療 (調剤) 年月	年 月	請求 (調整) 年月	年 月	明細書 区分	1国保 4退職	3後期	1本入 2本外	3六入 4六外	5家入 6家外	7高入- 8高外-	9高入7 0高外7	再審査 等対象 種別	1 原審査 2 再審査
3	相手方薬局又は処方 せん発行医療機関 ^{※1}		薬局(医療機関)コード		(都道府県名)									
			薬局(医療機関)の名称											
4	保険者番号								記号・番号					
5	公費負担者番号①								受給者番号①					
6	公費負担者番号②								受給者番号②					
7	フリガナ								当初請求点数		点			
	氏名								当初請求食事療養費		円			
8	性別		1.男 2.女						生年月日		1明 3昭	2大 4平	. . 生	
9	減点点数		減点事由及び箇所		減 点 内 容									
	①													
	②													
	③													
	④													
	⑤													

※1再審査請求内容が処方せんに係る薬剤等の場合(突合点検)・・・相手方薬局の情報を記載
再審査請求内容が調剤報酬の場合・・・処方せん発行医療機関の情報を記載

請求理由

※詳細にご記入ください。

再 審 査 結 果

1 復活 2 一部復活 3 原審 4 返戻 5 振替

再審査請求書の作成要領

愛知県国民健康保険団体連合会

- 1 査定に対して不服申し立てのある場合、再審査請求を申し出ることができます。
- 2 再審査請求の申し出は、「増減点・返戻通知書」又は「再審査結果通知書」が送達後原則として6カ月以内とされております。また、同一事項について再度の申し出は認められませんのでご注意ください。
- 3 再審査請求を行う場合、レセプト1件ごとに再審査請求書を作成してください。
- 4 再審査請求書の「1～9」欄に必要事項を記載してください。

記載にあたっての注意事項

- (1) 「2 請求(調整)年月」欄は、①一次審査の結果に対する再審査請求の場合は国保連合会へ請求した年月を記入し、②保険者再審査の結果に対する再審査請求の場合は再審査結果通知書に記載されている「平成〇〇年〇月〇日作成」の年月を記入してください。
- (2) 「再審査等対象種別」欄は、一次審査の結果に対する再審査の場合は「1 原審査」、再審査の結果に対する再審査請求の場合は「2 再審査」の該当番号に○を付してください。
- (3) 医療機関より処方せんに係る投薬(突合点検)の査定に対する再審査請求の場合は、「3 相手方薬局又は処方せん発行医療機関」欄に、再審査結果通知書の備考欄に記載されている薬局コード・薬局名を記入してください。
また、調剤薬局より調剤報酬の査定に対する再審査請求の場合は、「3 相手方薬局又は処方せん発行医療機関」欄に、処方せん発行先の医療機関コード・医療機関名を記入してください。
なお、薬局(医療機関)の所在地が他府県の場合は都道府県名も記入してください。
- (4) 「9 減点点数、減点事由及び箇所、減点内容」欄は、①一次審査の結果に対する再審査請求の場合は増減点・返戻通知書の記載内容を、②再審査の結果に対する再審査請求の場合は再審査結果通知書の記載内容を、それぞれの項目ごとに記入してください。

- 5 再審査請求書の「請求理由」欄は再審査の請求理由を詳細に記入してください。
① 病名 ② 診療開始日 ③ 診療内容(診断根拠を示すもの) ④ 症状(状態)を診療録・検査データ等に基づき、具体的に記入願います。単に「病名もれ」「入力誤り」等の理由だけでは復活は認められませんのでご注意ください。
- 6 提出方法については、個人情報上の関係上、郵送でお願いします。
なお、ご不明な点がございましたら下記担当課までお問い合わせください。

再審査担当

医科：審査管理課再審査担当	(052) 962-4082
歯科：審査第一課	(052) 962-4734
調剤：審査第二課	(052) 962-8864