**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留意ください。

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**「令和○○年○月◯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。

1. 「**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