

再審査依頼書(記載例)

令和 × 年 × 月 × 日

群馬県国民健康保険診療報酬審査委員長 様

保険医療機関等の
所在地及び名称
開設者氏名
電話番号

国保総合病院
群馬県××市××町×××-×
国保 連子
×××-×××-××××

下記の理由により、診療報酬明細書等を再審査願います。

点数表	医科 歯科 調剤 訪問	保険医療機関等コード	×××××××(7桁)			旧総合病院診療科	×科
診療年月(和暦)	×年×月	審査年月(和暦)	×年×月	保険制度	国保 退職 後期	入外区分	入院 外来
申出種別	一次審査 再審査 突合審査(※)	※左記の申出種別が突合審査の場合 処方せんを調剤した保険調剤薬局 (増減点返戻通知書又は過誤・再審査結果通知書の備考欄をご確認ください)		保険調剤薬局コード	×××××××(7桁)		
				保険調剤薬局名称	国保調剤薬局		
保険者番号	××××××××(国保6桁、退職・後期8桁)		(証)記号	×××		(証)番号	×××××
フリガナ	ゲンマ ケンタ			生年月日	1.明 2.大 3.昭 ×年×月×日 4.平 5.令		
被保険者氏名	群馬 県太						
請求点数(金額)	×××		点(円)		査定減点数(金額)	-×××	
再審査依頼書	再審査依頼対象及び査定事由(A~D) ××錠 事由A						
	再審査依頼理由 ××の治療の為に必要でした。(詳細にご記入ください。)						
審査委員会使用欄	審査結果	<input type="checkbox"/> 原審 <input type="checkbox"/> 復活 <input type="checkbox"/> 返戻	コメント				

※1 再審査依頼書は対象となるレセプト1件毎に作成してください。
(同一患者で複数の診療月がある場合でも、診療月毎に1件ずつ作成してください)

※2 必要事項(赤字部分)を全て記入又は選択してください。

※3 「旧総合病院診療科」は旧総合病院に該当する医療機関の場合のみ記入してください。

※4 「申出種別」は次の中から選択してください。
①一次審査…「増減点返戻通知書」により通知された査定減の場合(突合審査の場合を除く)
②再審査…「過誤・再審査結果通知書」により通知された査定減の場合(突合審査の場合を除く)
③突合審査…院外処方した薬剤料等の査定減の場合

※5 「処方せんを調剤した保険調剤薬局」は申出種別が「突合審査」の場合のみ記入してください。
(薬局コード及び薬局名称は増減点返戻通知書又は過誤・再審査結果通知書の備考欄をご確認ください)

※6 「請求点数(金額)」は請求時のレセプト総点数(金額表記のものは金額)を記入してください。
※7 「査定減点数(金額)」は依頼対象となる査定減点数(金額表記のものは金額)の合計を記入してください。
※8 「再審査依頼対象及び査定事由」は再審査依頼対象の名称及び査定事由(A~D)を記入してください。
(査定事由は増減点返戻通知書又は過誤・再審査結果通知書の事由欄をご確認ください)