

再審査等請求書

令和____年____月____日

鹿児島県国民健康保険団体連合会 御中

① 保険医療機関等の
所在地及び名称
開設者氏名
電話番号

下記理由により診療報酬明細書を **1 再審査** **2 取下げ** 願います。

※1 ①②いずれかに○をしてください。

※1 審査結果に係るものは「取下げ」ではなく「再審査」により申し出てください。

※2 「請求点数」欄は請求時（減点前）の点数を記載してください。

③	1	点数表	1 医科 3 歯科 4 調剤 6 訪問看護	医療機関 等コード		診療科	
		フリガナ		性別	明細書区分	対象種別	
④	2	患者氏名	1 明 2 大 3 昭 4 平 5 令 . . 生	1 男 2 女	1 入院 2 外来	1 国保（退職） 2 後期高齢者	1 一次審査 2 再審査
⑤	3	処方箋を調剤した保険薬局		調剤薬局コード			
				調剤薬局の名称			
⑥	4	保険者番号			記号・番号・枝番 被保険者番号	(枝番)	
⑦	5	公費負担者番号			受給者番号		
		診療年月	請求年月	請求点数	減点点数	事由	減点内容
⑧	6	4 平成 年 月診療分	4 平成 年 月請求	※2 点	点		
		5 令和	5 令和		点		
⑨	7	【再審査依頼理由】					
⑩	8	【取下げ理由】該当する理由を選択して○をしてください。 1 記載事項不備のため(減点箇所を除く) 2 傷病名等記載不備のため(減点箇所を除く) 3 医薬品・診療項目等の記載不備のため(減点箇所を除く) 4 資格関係、請求手続きの誤りのため 5 労災保険への請求先変更のため 6 自賠償保険への請求先変更のため 7 公費負担医療との併用に変更のため 8 公費実施機関からの再審査請求のため 9 その他(理由) (減点箇所を除く)					
		備考					
		国保連合会使用欄		査定	有・無	処理	済・未

再審査等請求書（再審査・取下げ依頼）の記載方法

再審査又は取下げを依頼する場合の再審査等請求書は、対象となるレセプト1件ごとに作成し、国保連合会に提出してください。

- ① 『保険医療機関等の所在地及び名称』『開設者氏名』『電話番号』を記入または印字してください。
- ② 「再審査」又は「取下げ」欄については、いずれか該当するものに○を付してください。
 - ・『1 再審査』は、一次審査・再審査の結果に対する再審査を依頼する場合。
 - ・『2 取下げ』は、貴院の請求不備等（減点箇所を除く）での取下げを依頼する場合。
- ③ ・『点数表』欄は、該当の番号に○を付してください。
 - ・『医療機関等コード』欄は、7桁（地区番号以下の数字）を記入。
 - ・『診療科』欄は、医療法の一部を改正する法律（平成9年法律第125号）による改正前の医療法（昭和23年法律第205号）第4条の規定による承認を受けている病院である保険医療機関（旧総合病院）のみ当該診療科名を記入。
- ④ ・『患者氏名』欄は、姓名を記入のうえフリガナを記入。
 - ・『生年月日』は、該当する元号に○を付して生年月日を記入。
 - ・『性別』欄は、該当の番号に○を付してください。
 - ・『明細書区分』欄は、該当の番号に○を付してください。
 - ・『対象種別』欄は、該当の番号に○を付してください。
 - ※『1 再審査』を選択した場合のみ
 - 1 一次審査・・・一次審査の結果に対する再審査依頼の場合
(※様式3-4 増減点・返戻通知書に対するもの)
 - 2 再審査・・・再審査の結果に対する再審査依頼の場合
(※様式3-5 過誤・再審査結果通知書に対するもの)
- ⑤ 『調剤薬局コード』『調剤薬局の名称』欄は、様式3-4、様式3-5の備考欄に記載された調剤薬局コード、名称を記入。
 - ※『1 再審査』を選択した場合のみ
- ⑥ ・『保険者番号』欄は、国保（退職）及び後期高齢者医療の保険者番号を記入。
 - ・『記号・番号・枝番、被保険者番号』欄は、国保（退職）は記号・番号、枝番、後期高齢者医療は番号（8桁）を記入。
- ⑦ ・『公費負担者番号』欄は、公費負担医療証の負担者番号を記入。
 - ・『受給者番号』欄は、公費負担医療証の受給者番号を記入。

- ⑧ ・『診療年月』欄は、診療（調剤・看護療養）を行った年月を記入。（レセプト上部に記載された診療年月）
・『請求年月』欄は、国保連合会へレセプトを提出した年月（通常は診療（調剤）年月の翌月）を記入。
・『請求点数』欄は、国保連合会に請求した合計点数を記入。
・『減点点数』・『事由』・『減点内容』欄は、増減点返戻通知書（様式3-4）、過誤・再審査結果通知書（様式3-5）の摘要欄の記載内容を、それぞれの項目ごとに記入。
- ⑨ ・『再審査依頼理由』欄は、再審査を依頼する理由を詳細に記入。
- ⑩ ・『取下げ理由』欄は、該当する理由を選択して○を付してください。
※『2 取下げ』の場合のみ

◎オンライン請求を行っている保険医療機関等は、オンライン請求システムを利用した再審査依頼にご協力をお願いします。