

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 再審査 取下げ 願います。

※1 いずれかに✓を付けてください。

※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	<input type="checkbox"/> 医科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪問看護	医療機関 等コード							診療科
	④	2	フリガナ 患者氏名		性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	明細書区分 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来		<input type="checkbox"/> 国保(退職) <input type="checkbox"/> 後期高齢者	対象種別 <input type="checkbox"/> 一次審査 <input type="checkbox"/> 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 被保険者番号				
⑦	5	公費負担者番号				受給者番号					
⑧	6	診療年月		請求年月		減点点数	事由	減点内容			
		令和 年 月 診療分	令和 年 月 請求	点							
		請求点数		点							
⑨	7	【再審査依頼理由】									
		【取下げ理由】該当する理由を選択して✓を付けてください。									
⑩	8	<input type="checkbox"/> 記載事項不備のため(減点箇所を除く)					<input type="checkbox"/> 傷病名等記載不備のため(減点箇所を除く)				
		<input type="checkbox"/> 医薬品・診療項目等の記載不備のため(減点箇所を除く)					<input type="checkbox"/> 資格関係、請求手続きの誤りのため				
		<input type="checkbox"/> 労災保険への請求先変更のため					<input type="checkbox"/> 自賠責保険への請求先変更のため				
		<input type="checkbox"/> 公費負担医療との併用に変更のため					<input type="checkbox"/> 公費実施機関からの再審査請求のため				
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。再審査等請求書は、連合会のホームページに掲載されている最新版の様式（A4サイズ）を提出してください。個人情報保護の観点からFAXでの提出は受け付けておりません。

- 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の□に✓を付けてください。
 - ・『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。
 - ・『取下げ』は、貴院の請求不備等での取下げを依頼する場合。※減点レセプトの病名追加等は取下げ対応しておりません。
- ③ ・『点数表』欄は、該当の□に✓を付けてください。
 - ・『医療機関等コード』欄は、7桁（地区番号以下の数字）を「-」や「,」を使用せず数字のみで記入してください。
 - ・『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して下さい。※調剤薬局から再審査・取下げを依頼する場合も③の欄に調剤薬局コードを記入して下さい。
- ④ ・『患者氏名』欄は、姓名を記入のうえフリガナを記入してください。
 - ・『生年月日』は、該当する元号の□に✓を付けて生年月日を記入してください。
 - ・『性別』欄は、該当の□に✓を付けてください。
 - ・『明細書区分』欄は、該当の□に✓を付けてください。
 - ・『対象種別』欄は、該当の□に✓を付けてください。※『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、称を記入してください。

※医療機関が『再審査』を選択した場合のみ必要となります。調剤薬局からの再審査・取下げ依頼については他の医療機関同様、③の欄に調剤薬局コードを記入して下さい。
- 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してください。
 - ・『記号・番号、被保険者番号』欄は、国保（退職）は記号・番号を英数字と「-」で、後期高齢者医療は番

号（8桁）を、複数行にはせず1行で記入してください。枝番の記載は不要です。

- 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してください。
・『受給者番号』欄は、公費負担医療証の受給者番号を記入してください。
- ⑧ ・『診療年月』欄は、診療（調剤・看護療養）を行った年月を記入してください。（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）を記入してください。
・『請求点数』欄は、国保連合会に請求した合計点数を「,」を入れずに数字のみを右詰めで記入してください。
・『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してください。
- 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してください。
- ⑩ ・『取下げ理由』欄は、該当する理由を選択して□に✓を付けてください。
※『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御協力をお願いします。