

再 審 査 等 請 求 書

平成 年 月 日

鳥取県国民健康保険団体連合会 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
担当者名

下記理由により、診療報酬等明細書を **再審査** **取下げ** 願います。

1	点数表	1 医科 6 訪問	3 歯科	4 調剤	医療機関等 コード	3	1												
2	診療 年月	年 月	請求 (調整) 年月	年 月	明細書 区分	1 単独 2 併用	1=本人入院 2=本人外来 3=未就学者入院 4=未就学者外来 5=家族入院 6=家族外来 7=高齢者入院一般 8=高齢者外来一般 9=高齢者入院7割 0=高齢者外来7割	再審査等 対象種別	1 一次審査 2 突合再審査 3 再審査										
3	再審査等対象種別が 「2 突合再審査」 のとき、相手方薬局		薬局コード			(都道 府県)			薬局の名称										
4	保険者番号						記号・番号												
5	公費負担者番号						受給者番号												
6	フリガナ						生 年 月 日			写の有無									
	患者氏名						1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 年 月 日			1 2 有 ・ 無									
7	請求点数 (金額)	点(円)			一 部 負 担 金			円											
	食事・生活 請求金額	円			標 準 負 担 額			円											
8	No.	減点点数 (金額)	減点事由及び箇所			減 点 内 容													
	①	点(円)																	
	②																		
	③																		
	④																		
【再審査請求理由】						【取下げ理由】 該当の番号を○で囲み、()の該当に○または理由を記載ください。 ※減点内容に関する申立ては、再審査にてお願いいたします。													
						1 制度変更 (国保 退職 後期高齢者) 2 保険変更 (他保険者 社保 労災 生保) 3 負担割合変更 (割 → 割) 4 その他 ()													
※再審査結果欄						1. 原審どおり 2. 復活 3. 一部復活													

注 「再審査結果欄」については、連合会で使用しますので、何も記入しないでください。

【作成要領】

- 1 再審査又は取下げの請求を行う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1枚作成し、鳥取県国民健康保険団体連合会（以下、「連合会」という。）に提出してください。
- 2 様式右上の年月日は、提出年月日ですので、同様式を提出する日（郵送等による送付であれば発送日）を記入してください。
- 3 様式上部の「下記理由により・・・」の文中における「再審査」又は「取下げ」については、そのいずれか該当するものに○印を付してください。
- 4 「点数表」欄には、該当の番号に○印を付してください。
- 5 医療機関等コードの、上3ケタ目は点数表の数字を記入し、以下7ケタのコードを記入ください。
（10ケタのコード欄が空欄になることはありません）
- 6 「診療年月」欄には、レセプトの診療年月を記入してください。
- 7 「請求（調整）年月」欄には、次により記入してください。
 - (1) 一次審査の結果に対する再審査請求の場合は、連合会へ当初に請求した年月（通常は診療年月の翌月）を記入してください。
 - (2) 再審査の結果に対する再審査請求の場合は、「過誤・再審査結果通知書」に記載されている年月分を記入してください。
- 8 「明細書区分」欄には、該当の番号にそれぞれ○印を付してください。
- 9 「再審査等対象種別」欄には、一次審査の結果に対する再審査請求の場合は「1 一次審査」、突合点検又は突合再審査の結果に対する再審査請求の場合は「2 突合再審査」、再審査の結果に対する再審査請求の場合は「3 再審査」の該当の番号に、○印を付してください。
- 10 「再審査等対象種別が「2 突合再審査」のとき、相手方薬局」欄には、「過誤・再審査結果通知書」の摘要欄に記載されている薬局のコード及び名称を記入してください。
なお、「都道府県」欄は、薬局の所在地が他都道府県の場合に都道府県コード（別表）を記入してください。
- 12 「保険者番号」欄及び「公費負担者番号」欄には、次により記入してください。
 - (1) 医療保険単独の場合は、「保険者番号」欄に当該番号を記入してください。
 - (2) 公費負担医療（以下「公費」という。）単独の場合は、「公費負担者番号」欄に当該番号を記入してください。
 - (3) 医療保険と公費の併用の場合は、医療保険の番号を「保険者番号」欄に、公費（公費が2種以上の場合第1公費）の番号を「公費負担者番号」欄に、それぞれ記入してください。
- 13 「記号・番号」欄には、医療保険の場合に記号・番号を記入してください。
- 14 「受給者番号」欄には、公費の受給者番号を記入してください。
- 15 「請求点数（金額）」欄、「一部負担金」欄、「食事・生活請求金額」欄及び「標準負担額」欄には、連合会に請求した合計点数又は金額を記入してください。
- 16 「減点点数（金額）」欄、「減点事由及び箇所」欄及び「減点内容」欄には、一次審査の結果に対する再審査請求の場合は「増減点連絡書」の記載内容を、再審査の結果に対する再審査請求の場合は「過誤・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。
- 17 「再審査請求理由」欄又は「取下げ理由」欄には、「再審査」又は「取下げ」の請求理由を記入してください。
- 18 再審査請求が多項目にわたり、「減点内容」欄及び「請求理由」欄に記入しきれない場合は、適宜、用紙を添付するなどにより対応してください。
- 19 「再審査結果」欄については、連合会で使用しますので、何も記入しないでください。

【別 表】

都道府県番号表

都道府県名	コード	都道府県名	コード	都道府県名	コード
北海道	01	石川	17	岡山	33
青森	02	福井	18	広島	34
岩手	03	山梨	19	山口	35
宮城	04	長野	20	徳島	36
秋田	05	岐阜	21	香川	37
山形	06	静岡	22	愛媛	38
福島	07	愛知	23	高知	39
茨城	08	三重	24	福岡	40
栃木	09	滋賀	25	佐賀	41
群馬	10	京都	26	長崎	42
埼玉	11	大阪	27	熊本	43
千葉	12	兵庫	28	大分	44
東京	13	奈良	29	宮崎	45
神奈川	14	和歌山	30	鹿児島	46
新潟	15	鳥取	31	沖縄	47
富山	16	島根	32		