

山口県国民健康保険診療報酬審査委員会会長 殿

送信日 年 月 日

医療機関(薬局)コード  
保険医療機関等の所在地  
保険医療機関等の名称  
開設者氏名  
電話番号

印

## 再審査請求書

下記について疑義がありますので、再度の考案の申出をします。

診療年月	年 月	請求点数	点
請求年月	年 月	減点数	点
保険者番号		食事・生活療養費基準額 (申出がある場合)	円
記号・番号		食事・生活療養費 基準額の減額	円
患者氏名		明細書別種別コード	1.単独 2.併用
生年月日	年 月 日	明細区分	1.本入 2.本外 3.六入 4.六外 5.家入 6.家外
相手方薬局名または処方せん 発行医療機関名(突合)			7.高入一 8.高外一 9.高入7 0.高外7
医療機関等コード(突合)		再審査等対象 種別コード	1.一次審査 2.突合審査 3.再審査

\*診療年、請求年、生年は元号でご記入ください。食事金額は査定、申出がある場合のみご記入ください。

申出箇所

申出理由

連合会記入欄	明細書写し	無	連番	1	送信回	1	返付理由コード	1.再審査
--------	-------	---	----	---	-----	---	---------	-------

\*この様式は、明細書1件につき1枚でご提出下さい。  
\*増減点返戻通知書到着後1カ月以内に申出されるようご協力をお願いします。  
\*連合会記入欄は何も記入しないでください。

## 記入要領

- ・「保険医療機関等コード」は、7桁の番号を記入してください。保険医療機関等コードが変更になった場合は、当該再審査対象となる診療月の保険医療機関等コードを記入してください。
- ・「開設者氏名」は、開設者氏名を記入し、押印をしてください。
- ・「診療年月」、「請求年月」欄は、対象となる明細書の診療年月、請求年月を記入してください。
- ・「保険者番号」欄は、国保分は6桁、後期高齢者医療分は8桁を記入してください。
- ・「記号・番号」欄は、被保険者の記号と、被保険者証番号を記入してください。
- ・「相手方薬局名または処方せん発行医療機関名(突合)」欄、「医療機関コード(突合)」欄には、突合査定の申出がある場合に記入してください。
- ・「減点数」欄は、申出の対象となる減点数を記入してください。
- ・「食事・生活療養費基準額(申出がある場合)」欄、「食事・生活療養費基準額の減額」欄は、食事・生活療養費基準額の減額に対して申出がある場合のみ記入してください。
- ・「明細書別種別コード」欄は、該当の方に「○」を付してください。
- ・「明細区分」欄は、レセプト右上の最右欄に記載してある区分に「○」を付してください。
- ・「再審査等対象種別コード」欄は、増減点返戻通知書に対しての申出の場合は「1.一次審査」に「○」、一次審査の突合査定に対する申出の場合は、「2.突合審査」に「○」、過誤調整済通知書に対しての申出の場合は、「3.再審査」に「○」を付してください。
- ・「申出箇所」欄は、減点・減額された内容を記入してください。
- ・「申出理由」欄は、具体的に記入してください。