

再 審 査 申 出 書

平成 30 年 1 月 1 日

山形県国民健康保険診療報酬審査委員会 行

再審査申出書記載例

保険医療機関等の所在地及び名称 開設者氏名 電話番号

山形県国保連合会病院 連合病院

下記理由により、診療報酬等明細書の審査決定について再審査申出いたします。

Table with columns for medical institution code, insurance type, patient info, and reduction points. Includes a callout box for reduction point entries and a large text area for re-examination reasons.

必ず記入願います。
必要があれば記入願います。

再審査申出書の提出は、毎月末締切(必着)で、翌月1日以降の到着分は翌月扱いとなります。
また審査結果通知受領確認後6カ月以内でお願いいたします。

再審査申出書（続紙）

山形県国民健康保険診療報酬審査委員会 行

フリガナ	コクホ タロウ	入外区分	入院 / 入院外				
患者氏名	国保 太郎	診療年月	4 平成	2 9	年	1 0	月

【 再 審 査 申 出 理 由 】

oooooooooooooooooooooooooooo。

再審査申出を行う項目について、
申出理由（必要性、患者の症状・状態等）を詳しく記載してください。

作成要領(再審査申出書用)

- 1 診療報酬審査委員会による減点について再審査申出を行うことができます。
- 2 再審査申出書の提出は、毎月末締切(必着)で、翌月1日以降の到着分は翌月扱いとなります。
また、審査結果通知受領確認後6カ月以内でお願いいたします。
- 3 再審査申出書は、対象となる診療報酬等明細書(以下レセプトという)1件ごとに作成し、
山形県国民健康保険団体連合会(以下国保連という)に提出してください。
- 4 同一被保険者や同一内容でも診療年月や点数表区分が違う場合1件ごと提出してください。
(Aさんの10月診療分と11月診療分の申出であれば2枚の申出書を作成)
(Bさんの同月における医科申出と調剤突合申出であれば2枚の申出書を作成)
- 5 提出する際、レセプト、「増減点・返戻通知書」、「再審査結果通知書」の写しは必要ありません。
- 6 レセプトの返戻依頼においては使用しないでください。
- 7 再審査申出書は国民健康保険分と後期高齢者医療分共通の様式となっております。
- 8 再審査申出理由が当該欄に書ききれない場合は、別紙「再審査申出書(続紙)」に記載してください。
(提出する際、両面印刷は不可)
- 9 申出書の右上部に提出する年月日を記載してください。
- 10 保険医療機関等の所在地、名称、開設者氏名、電話番号を記載し押印してください。
- 11 **医療機関(薬局)コード欄**に10桁の医療機関等のコードを記載してください。
 - (1) 医科保険医療機関の場合 061「山形県コード3桁」+「医科保険医療機関コード7桁」
 - (2) 歯科保険医療機関の場合 063「山形県コード3桁」+「歯科保険医療機関コード7桁」
 - (3) 保険薬局の場合 064「山形県コード3桁」+「保険薬局コード7桁」
 - (4) 訪問看護ステーションの場合 066「山形県コード3桁」+「訪問看護ステーションコード7桁」
- 12 **レセプト請求診療科欄**に国保連に請求したレセプトの診療科を記載してください。
- 13 **明細区分欄**にいずれか○印を記載してください。(入院の場合は出来高・DPCどちらかを選択)
- 14 **請求媒体欄**にいずれか○印を記載してください。(請求時のレセプト媒体を選択)
- 15 **診療年月欄**にレセプトの診療年月を記載してください。
- 16 **請求年月欄**に下記の通り記載してください。
 - (1) 一次審査の結果に対する再審査申出の場合は、国保連に当初請求した年月を記載してください。
(通常は診療年月の翌月)
 - (2) 一次審査において返戻され再請求したレセプトに対する再審査申出の場合は、

国保連に再請求した年月を記載してください。

- (3) 保険者から過誤等により返戻され再請求したレセプトに対する再審査申出の場合は、
国保連へ再請求した年月を記載ください。

17 **請求点数欄**に国保連に請求した点数を記載してください。

(DPCのマイナス請求分については「-」を記載)

18 **請求食事・生活療養費欄**に国保連に請求した金額を記載してください。

19 **対象種別欄**に下記の通りいずれかに○印を記載してください。

- (1) 一次審査の結果(突合点検を除く)に対する再審査申出の場合は「1 一次審査」に○印を記載してください。
(2) 突合点検又は突合再審査の結果に対する再審査申出の場合は「2 調剤審査」に○印を記載してください。
(3) 再審査の結果(突合再審査を除く)に対する再審査申出の場合は「3 再審査」に○印を記載してください。

20 **院外処方先調剤薬局コード欄**に19対象種別欄が「2 調剤審査」の場合、
064「山形県コード3桁」+「(増減点・返戻通知書)又は(再審査結果通知書)」
に記載してある保険薬局コード7桁」を記載してください。

21 **審査結果通知年月日欄**に申出対象レセプトの「増減点・返戻通知書」又は「再審査結果通知書」
に記載してある作成日を記載してください。

22 **保険者番号欄**に8桁の被保険者の該当する保険者番号を記載してください。

山形県国保保険者の場合・・・0006「山形県コード4桁」+「各市町村又は国保組合コード4桁」

※ただし全国土木組合は00133033

山形県後期高齢者の場合・・・3906「山形県コード4桁」+「各市町村コード4桁」

23 **保険種別欄**にいずれか○印を記載してください。

24 **被保険者記号欄**に被保険者の該当する記号を記載してください。

(後期高齢者医療分については記号の記載は必要なし)

25 **被保険者番号欄**に被保険者の該当する番号を記載してください。

26 **患者氏名(フリガナ)欄**に被保険者氏名、フリガナを記載してください。

27 **明細種別欄**にいずれか○印を記載してください。

(1種類以上の公費負担医療との併用の場合「2併用」に○印を記載)

28 **生年月日欄**に被保険者の生年月日を記載してください。

29 **山形県国保連合会使用欄**は国保連にて使用する欄につき何も記入しないでください。