

# 再審査依頼書

平成 30 年 × 月 × 日

群馬県国民健康保険診療報酬審査委員長 様

保険医療機関等の  
所在地及び名称 国保総合病院  
開設者氏名 群馬県前橋市×町××-×  
電話番号 国保 連子  
027-2××-××××

下記のとおり保険給付に関する再度の審査を求めます。

点数表	医科 歯科 調剤 訪問	保険医療機関等コード	××××××× (7桁)				旧総合病院診療科	×科
診療年月	×年 ×月	審査年月	×年 ×月	保険制度	国保 退職 後期	入外区分	入院 外来	
申出種別	一次審査 再審査 突合審査 (※)	※申出種別が突合審査の場合 処方せんを調剤した保険調剤薬局 (増減点返戻通知書・過誤再審査結果 通知書の備考欄をご参照ください)	保険調剤薬局コード	××××××× (7桁)				
			保険調剤薬局名称	国保調剤薬局				
保険者番号	×××××××× (国保6桁、退職・後期8桁)	(証)記号	×××	(証)番号	×××××			
フリガナ	ガンマ ケンタ			生年月日	1.明 2.大	×年 ×月 ×日	3.昭 4.平	
被保険者氏名	群馬 県太							
請求点数(金額)	12,345		点(円)	査定減点数(金額)	-6,789			点(円)
再 審 査 依 頼	申出対象及び査定事由(A~D) ××錠 事由A							
	申出理由 ××の治療の為に必要でした。							
審査委員会使用欄	審査結果	<input type="checkbox"/> 原審 <input type="checkbox"/> 復活 <input type="checkbox"/> 返戻	コメント					

※1 再審査依頼書は対象となるレセプト1件毎に作成してください。

※2 必要事項(赤字部分)を全て記入・選択してください。

※3 「旧総合病院診療科」は旧総合病院に該当する場合のみご記入ください。

※4 「審査年月」は審査が行われた年月を記載してください。  
(査定減の通知が29年4月請求分であれば29年4月審査となります。)

※5 「申出種別」は次の中から選択してください。  
・一次審査:「増減点返戻通知書」により通知された査定減の場合(突合審査の場合を除く)  
・再審査:「過誤再審査結果通知書」により通知された査定減の場合(突合審査の場合を除く)  
・突合審査:院外処方した薬剤料等の査定減の場合

※6 「処方せんを調剤した保険調剤薬局」は申出種別が「突合審査」の場合のみ記入してください。  
(コード及び名称は増減点返戻通知書・過誤再審査結果通知書の備考欄をご参照ください)

※7 「請求点数(金額)」は、請求時のレセプト総点数を記載してください。

※8 「査定減点数(金額)」は、申出対象となる査定減点数の合計を記入してください。

※9 「申出対象及び査定事由」は申出対象の名称及び査定事由(A~D)を記入してください。