

取下げ依頼・再審査請求の方法

留意事項

- ★送付書は必要ありません。
- ★同一の患者の場合でも、提出月別に1枚ずつ作成してください。
- ★福祉医療費支給申請・請求明細書分も同一の用紙をご使用ください。

再審査等請求書

愛媛県国民健康保険診療報酬審査委員会 御中

平成一年一月一日

福祉の場合、「診療報酬等」を消し、「福祉」と記入

該当するものに○をする

保険医療機関等の所在地及び名称
開設者氏名
電話番号

該当するものに○をする。
月遅れ分にて老人保健がある場合は「3.後期高齢」を老人保健に

対象レセプトの診療年月を記入

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。

対象レセプトの請求(提出)した年月を記入

調剤突合再審査の場合、記入

公費負担者番号を記入。月遅れにて老人の場合は、老人市町村番号を記入

「増減点・返戻通知書」「再審査結果通知書」の減点点数、事由、内容を記入

1	点数表	1 医科 5 施設	3 歯科 6 訪問	4 調剤	医療機関コード	旧総合病院診療科	
2	診療	請求(調整)年月	年月	明細区分	1=単独 2=併用 3=後期高齢	1=本人入院 2=本人入院外 3=6歳入院 4=6歳入院外 5=家族入院 6=家族入院外 7=入院- 8=入院外 9=入院7割 0=入院外7割	再審査等対象種別 1 一次審査 2 調剤審査 3 再審査
3	再審査等対象種別が調剤審査のとき、「相手方薬局」		薬局コード (都道府県番号)		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 有 2 無		
7	請求点数(金額)		点(円)		一部負担金		円
	食事療養・生活療養請求金額		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						
請求理由(取下げ理由)							
		取下げ理由、再審査申し出理由を記入					
		対象レセプトの請求点数(金額)を記入					
(処理結果) 1原審どおり 2復活 3一部復活							
再審査決定理由							