

《「再審査請求書」の記載要領について》

対象となるレセプト1件ごとに作成し、本会に提出してください。

なお、再審査の申立て期間は、原則として医療機関・保険者ともに申立てが可能となった時点から6カ月となっております。「増減点返戻通知書」及び「過誤・再審査結果通知書」が届いた月から6カ月を超える場合には、再審査請求の対象となりませんので御注意ください。

1. 「医療機関等コード」欄は、医療機関等コード7桁を記入してください。「明細書区分」欄は、該当する区分の□にチェック(☑)を入れてください。
2. 「保険者番号」欄は、保険者番号を国民健康保険(退職者医療を除く。以下同じ。)については6桁(右詰め)を記入し、退職者医療・後期高齢者医療については8桁を記入してください。「記号・番号」欄は、国民健康保険・退職者医療については被保険者証の記号・番号を記入し、後期高齢者医療については被保険者証番号8桁を記入してください。
3. 「公費負担者番号」欄は、受給資格証等の公費負担者番号8桁を記入してください。「公費受給者番号」欄は、受給資格証等の公費受給者番号7桁を記入してください。(※公費が二種類以上の場合は、第一公費分のみ記入してください。)
4. 「旧総合病院診療科」欄は、複数の診療科を標榜する医療機関において、主な減点内容に関わる診療を行った診療科を記入してください。「診療等年月」欄は、診療(調剤・訪問看護療養)を行った年月を記入してください。「請求年月」欄は、本会へ請求した年月(通常は診療等年月の翌月)を記入してください。「入外区分」欄は、それぞれ該当する区分の□にチェック(☑)を入れてください。
5. 「再審査対象種別」欄は、一次審査の結果に対する再審査依頼の場合は「一次審査」、突合審査の結果に対する再審査依頼の場合は「突合審査」、再審査の結果に対する再審査依頼は「再審査」にそれぞれ該当する区分の□にチェック(☑)を入れてください。「対象が再審査の場合過誤・再審査結果通知書作成年月」欄は、対象の減点内容が記載された「過誤・再審査結果通知書」の作成年月を記入してください。
6. 「患者氏名」欄は、氏名を記入のうえフリガナも記入してください。「生年月日」欄は、該当する元号の□にチェック(☑)を入れ、生年月日を記入してください。「性別」欄は、対象の性別の□にチェック(☑)を入れてください。
7. 「請求点数」欄、「一部負担金」欄、「食事療養費」欄及び「標準負担額」欄は、当初請求した合計点数又は金額を記入してください。
8. 「再審査対象種別が調剤突合審査時の「相手方薬局」」欄は、再審査対象種別が突合審査のとき、「増減点返戻通知書」及び「過誤・再審査結果通知書」に記載されている「薬局コード」・「薬局の名称」を記入してください。
9. 「減点点数(金額)」・「減点事由及び箇所」・「減点内容」欄は、「増減点返戻通知書」及び「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。
10. 「請求内容」欄は、請求の理由を記入してください。

《その他留意事項について》

1. 提出方法については、個人情報保護の観点から郵送または持参にてお願いします。(※FAX送信不可)
2. オンライン請求機関については、「再審査請求」がオンライン送信可能となります。
3. 本会ホームページ (<http://www.fukushima-kokuho.jp>「保険医療機関・施術所の方へ」内)にデータ入力用の本様式を公開しておりますので、御利用ください。

《送付先・問い合わせ先》

〒960-8043

福島市中町3番7号 福島県国保会館

福島県国民健康保険団体連合会 業務管理課

電話番号(直通) 024-523-2757