

保険医療機関・保険薬局・訪問看護ステーションの皆さまへ

青森県国民健康保険団体連合会

《「再審査依頼書」の記載要領》

「再審査依頼書」は、対象となるレセプト1件ごとに作成し、本会審査課再審係に提出してください。

1. 「**点数表**」欄は、該当する点数表の□にチェック (☑) を入れてください。
「**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。
「**再審査等対象種別**」欄は、次により該当する種別の□にチェック (☑) を入れてください。
 - ① 「1 一次審査」は、一次審査の結果 (突合点検を除く) に対する再審査依頼の場合。
 - ② 「2 突合審査」は、突合点検又は突合再審査の結果に対する再審査依頼の場合。
 - ③ 「3 再審査」は、再審査の結果 (突合再審査を除く) に対する再審査依頼の場合。「**保険種別 2**」欄は、次により該当する種別の□にチェック (☑) を入れてください。
 - ① 「1 単独」は、医療保険単独の場合。
 - ② 「2 併用」は、医療保険と1種以上の公費負担医療との併用の場合。
2. 「**診療等年月**」欄は、該当する元号の□にチェック (☑) を入れ、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、該当する元号の□にチェック (☑) を入れ、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。
「**本人・家族**」欄は、該当する種別の□にチェック (☑) を入れてください。
3. 「**再審査等対象種別が【2 突合審査】のとき、処方箋を調剤した保険薬局**」欄は、「増減点・返戻通知書」又は「過誤・再審査結果通知書」に記載されている薬局コード等・名称を記入してください。
※薬局コード等の都道府県番号及び薬局名称については、分かる範囲で記入してください。
4. 「**保険者番号**」欄は、国保及び後期高齢者医療の保険者番号を記入してください。
「**記号・番号**」欄は、国保は記号・番号、後期高齢者医療は番号 (8桁) を記入してください。
5. 「**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。
6. 「**請求点数 (金額)**」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。
7. 「**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」又は「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。
8. 「**再審査依頼理由**」欄は、依頼の理由を記入してください。

《留意事項》

- 傷病名の欠落・記載誤り等による減点査定分は、再審査依頼の対象となりませんのでご注意ください。
- 提出方法については、個人情報保護の観点から送付又は持参にてお願いします。(※FAX送信不可)
- オンライン請求機関については、「再審査依頼」がオンライン送信可能となります。
(※訪問看護ステーションについては、従来どおり紙による提出となります。)

《送付先・問い合わせ先》

〒030-0801

青森市新町二丁目4番1号 (青森県共同ビル3階)

電話番号 (直通) 017-718-4975

青森県国民健康保険団体連合会 審査課再審係