

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（退職）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（退職）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。

《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（代表）017-723-1336

青森県国民健康保険団体連合会 審査課再審係