

再審査等請求書の記載要領

診療報酬明細書（レセプト）に対する再審査請求や取下げを行う場合は、下記の記載コード（左端番号）を参考に記入して本会へご提出ください。

なお、記載に際しては日付、保険医療機関等の名称及び住所、開設者氏名、電話番号を必ず記入し、再審査か取下げかのいずれか該当する番号を○で囲みます。

記載コード

【1】

医科、歯科等該当する番号を○で囲んでください。

被用者保険の県単医療費助成金請求内訳書（以下、社保県単という）を取下げる時は「8」を○で囲んでください。

医療機関等コード・・・レセプト等に記載された7桁の番号を記入してください。
なお、柔整は157の後、下7桁を記入してください。

旧総合病院科別・・・旧総合病院の場合、診療科目を記入してください。
（旧総合病院は科別ごとの請求となるため。）

【2】

診療年月・・・レセプトに記入されている年月を記入してください。

請求年月・・・実際にレセプトを連合会に提出した年月を記入してください。

入外区分・・・入院、外来の該当するものを○で囲んでください。

給付割合・・・保険で給付された割合を記入してください。

【3】

明細書区分・・・一般、退職、後期高齢者に該当するものを○で囲んでください。なお、退職のときは本人・扶養も○で囲む。
また、一般（前期高齢者）や就学前に該当する場合にはいずれかを○で囲んでください。
社保県単は、一般及び後期高齢者のいずれかを○で囲んでください。

※ 老人保健、三歳未満については、（ ）内に記入ください。

【4】

保険者番号・・・右詰で6桁を記入しますが退職は「67」がついた8桁となります。なお、社保県単は組合健保、政府管掌保険並びに各種共済組合等の保険者番号をそれぞれ記入してください。

記号番号 保険証に記載されている番号を記入してください。
ただし、社保県単は必要ありません。

【5】

公費負担 県単、単子の場合は公費負担者番号の前 2 桁「61」等を記入してください。ただし、社保県単は負担市町村を確認するため、必ず 8 桁すべてを記入しますが老人と併用の場合は県単の公費負担者番号のみ記入してください。

受給者番号 該当公費の受給者番号を記入してください。国保県単は記入の必要はありません。

患者氏名 フリガナも記入してください。

生年月日 該当する元号を○で囲んでください。

性 別 該当する性別を○で囲んでください。

【7】

請求点数 実際に請求された点数を記入してください。
ただし、点数に異動があった場合には本会決定点数を記入してください。

食事療養費 請求した食事の基準額を記入してください。
請求点数同様、基準額に異動があった場合には本会決定基準額を記入してください。

【8】

再審査等 次に該当する番号を○で囲んでください。

対象種別 1 一次審査・一次審査で査定されたもの
 2 調剤突合・調剤との突合で査定されたもの
 3 再 審 査・再審査で査定されたもの

対象が再審査 上記対象種別が「3」再審査である場合は、再審査決定通
の場合再審査 知書審査の右上段の年月を記入してください。
決定年月

【9】

再審査対象種 薬局コード及び薬局名は再審査決定通知書に記載されてい
別が調剤審査 る外処方機関の機関番号及び薬局名を記入してください。
の「相手方薬 薬局」

【10】

減点点数 増減点通知書で通知されたもの（一次審査で査定された場

合) に対し、再審査を申し立てる場合には減点点数を増減点通知書より転記してください。

また、再審査により査定されたレセプトに対し、再審査を申し立てる場合は再審査決定通知書より転記してください。

なお、再審査を申し立てる場合、査定箇所が複数あるときは①から順次記入してください。

減点事由及び・・・・・・・・減点点数と同様です。(取下げの場合は不要)
箇所

減点内容・・・・・・・・減点点数と同様です。(取下げの場合は不要)

※請求理由は再審査や取下げを問わず、必ずご記入ください。

◎ 増刷のうえご利用ください。

お問い合わせ先

- 再審査請求
審査管理課 再審査係
TEL 025-285-3288

- レセプト取下げ
審査管理課 過誤係
TEL 025-285-3215