【再審査・取下げ請求書】

令和　　年　　月　　日　作成

大阪府国民健康保険診療報酬審査委員会
大阪府国民健康保険団体連合会　行

保険医療機関等名称

〔 請求種別 〕

☐ 再審査　請求
☐ 再審査（特別審査分）　請求
☐ 取下げ　請求

電話番号
担当者　　内線（　　）

点数表	1. 医	3. 歯	保険医療機関等コード								診療年月	年　月	レセプトの請求点数（金額）	点(円)									
	4. 調	6. 訪																					
保険者番号											患者漢字氏名												
（証）記号											患者カナ氏名												
（証）番号 後期被保険者番号											枝番		生年月日	2. 大	3. 昭	年	月	日生	入外	1. 入院			
														4. 平	5. 令					2. 外来			

取下げ請求	レセプトの請求年月	年　月	処方箋発行医療機関コード																				
	☐ 1：記載事項不備のため ※1		☐ 2：傷病名等記載不備のため ※1										☐ 3：医薬品・診療項目等の記載不備のため ※1										
	☐ 4：資格関係、請求手続きの誤りのため		☐ 5：労災保険への請求先変更のため										☐ 6：自賠責保険への請求先変更のため										
	☐ 7：公費負担医療との併用に変更のため		※1 減点箇所に係る病名もれ等の変更の場合は、再審査請求となります。																				

再審査請求	通知書の種類	☐ 増減点・返戻通知書　☐ 過誤・再審査結果通知書											通知書の作成日	年　月　日 作成分 ※2									
	診療科										突合審査分 調剤薬局コード ※3												
	☐ 記載等不備(病名もれ等)による再審査請求 ※4										処方箋発行医療機関コード												
		減点／減額		箇所	事由	減点内容（6項目以上の記入が必要な場合は、様式1に必要事項を記入のうえ添付してください。）																	
	1																						
	2																						
	3																						
	4																						
	5																						

請求理由（詳細に記入してください。）

※2　再審査請求については、通知書の到着より6か月以内にご提出ください。毎月10日締め切りです。11日以降の到着分は翌月扱いとなります。
※3　突合の再審査請求の場合、調剤薬局コードを必ず記入してください。
※4　再審査請求において、記載等不備（病名もれ等）による減点の場合は、請求理由欄に
①病名　②診療開始日　③診療内容（診断根拠を示すもの）④症状（状態）を診療録・検査データ等に基づき具体的に記入してください。
記入がない場合や内容に正当性が認められない場合等取扱できない場合があります。