

【再審査・取下げ請求書】の作成要領及び請求結果の確認について

○ 再審査請求、取下げ請求 共通のルールについて

再審査又は取下げの請求を行う場合は、対象となるレセプト1件ごとに作成してください。また、同じレセプトに対して再審査と取下げの同時請求はできません。

オンライン請求で再審査・取下げ請求（当月請求されたレセプトを除く。）を行う場合は、『医療機関再審査等請求ファイル作成ツールを使用した【再審査・取下げ請求】の入力要領』を参照してください。

レセプトを請求した時点の内容を記入してください。

ただし、資格確認結果連絡書で振替・分割された通知がある場合は、振替先又は分割先の内容を記入してください。支払基金へ振替・分割されている場合、本会で受付することはできません。

○ 再審査請求、取下げ請求 共通項目の記入について

【再審査・取下げ請求書】														
大阪府国民健康保険診療報酬審査委員会										① 令和 年 月 日 作成				
大阪府国民健康保険団体連合会										③ 保険医療機関等名称				
② [ 請求種別 ]														
<input type="checkbox"/> 再審査 請求														
<input type="checkbox"/> 再審査（特別審査分） 請求														
<input type="checkbox"/> 取下げ 請求														
										電話番号				
										担当者				
										内線 ( )				
④ 点数表	1. 医	3. 歯	⑤ 保険医療機関等コード					診療年月	⑥ 年 月	レセプトの請求点数 (金額)	⑦ 点(円)			
⑧ 保険者番号							患者漢字氏名	⑨						
(証) 記号	⑩						患者カナ氏名	⑨						
(証) 番号 後期被保険者番号	⑩						⑩ 枝番	⑪ 生年月日	2. 大	3. 昭			⑫ 入外	1. 入院
								4. 平	5. 令			日生	2. 外来	

- ① 再審査・取下げ請求書を作成した日付を記入してください。
- ② 再審査請求、再審査（特別審査分）請求、取下げ請求のいずれかの「□」に「✓」（チェック）を入れてください。  
※ 特別審査分は国民健康保険中央会が作成した「増減点連絡書」又は「再審査結果連絡書」にて通知しているレセプトが対象です。特別審査分なのか不明な場合は再審査請求にチェックを入れてください。
- ③ 保険医療機関等名称、電話番号、担当者名、内線番号を記入してください。
- ④ 該当する点数表を「○」で 囲んでください。
- ⑤ 保険医療機関等コード 7ケタを記入してください。（県番 27、点数表（1桁）は記入しないでください。）
- ⑥ 診療年月を和暦で記入してください。（元号は不要です。）
- ⑦ 連合会に請求をした点数（金額※訪問看護のみ）を記入してください。  
※ レセプトの請求点数（金額）欄に記載した点数（金額）を記入してください。
- ⑧ 保険者番号 8ケタ を記入してください。保険者番号が6桁の場合は、先頭に『00』を付与して8桁で記入してください。
- ⑨ 患者氏名について「漢字」及び「カナ」を記入してください。
- ⑩ 被保険者証の記号、番号を記入してください。（枝番の記入は必須ではありません。）

- ⑪ 元号を「〇」で 囲み、生年月日を記入してください。
- ⑫ 入外について、該当する方を〇で囲んでください。

**○ 再審査請求、取下げ請求 記入誤りについて**

再審査請求、取下げ請求については迅速な対応が必要なことから、軽微な記入誤りがあった場合でもレセプトを特定できた場合、医療機関等へは連絡せずに記入された内容を本会にて読み替えて処理を行います。

レセプトを特定できない場合は、請求書の差戻し及び医療機関等への電話照会をさせていただきます。

**○ 取下げ請求の項目の記入について**

※ 複数月の取下げ請求をする場合は、必ず月ごとに取下げ請求書を作成してください。

①	レセプトの請求年月	年	月	処方箋発行医療機関コード	②										
取下げ 請求 ③	<input type="checkbox"/> 1: 記載事項不備のため ※1			<input type="checkbox"/> 2: 傷病名等記載不備のため ※1			<input type="checkbox"/> 3: 医薬品・診療項目等の記載不備のため ※1								
	<input type="checkbox"/> 4: 資格関係、請求手続きの誤りのため			<input type="checkbox"/> 5: 労災保険への請求先変更のため			<input type="checkbox"/> 6: 自賠責保険への請求先変更のため								
	<input type="checkbox"/> 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。											

請求理由（詳細に記入してください。）	④

- ① レセプトを本会へ請求した年月を和暦で記入してください。（元号は不要です。）
- ② 調剤薬局の取下げ請求で、同月に同じ患者に対して複数の医療機関からの処方を行った場合に処方箋を発行した医療機関コード 10 ケタを記入してください。（県番、点数表（1桁）も必ず記入してください。）
- ③ 該当する取下げ請求理由の「」に「」（チェック）を入れてください。
- ④ ※1 に記載のとおり、病名もれ等で減点されたレセプトに対して傷病名等を追記したい場合は取下げ請求ではなく、再審査請求となります。次ページ以降の○再審査請求の項目の記入についてを参照してください。

**【取下げ請求等により減点されたレセプトを再請求する場合の留意点】**

返戻後に再請求される場合、レセプトに減点箇所があり、減点箇所に異議がある場合は、減点前の状態にレセプトを補正してから再請求してください。

補正せずにレセプトを再請求された場合は、減点に異議がないものとして取り扱います。

○ 再審査請求の項目の記入について

※ 請求されたレプト単位、かつ、通知書の種類で再審査請求書を作成してください。増減点通知書と過誤・再審査結果通知書に対して再審査請求書を作成される場合は、増減点・返戻通知書で1枚、過誤・再審査結果通知書で1枚作成してください。

(例) ○月診療分の入院レプトに増減点通知書での減点箇所と過誤・再審査結果通知書での減点箇所を申出される場合は、2枚再審査請求書を作成してください。)

※ 診療月が異なる場合は診療月単位で再審査請求書を作成してください。診療月は各通知書の診療月欄でご確認ください。

再審査 請求	① 通知書の種類 <input type="checkbox"/> 増減点・返戻通知書 <input type="checkbox"/> 過誤・再審査結果通知書		通知書の作成日 ② 年 月 日 作成分 ※2	
	③ 診療科		突合審査分 調剤薬局コード ※3 ⑤	
	④ <input type="checkbox"/> 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 ⑥	
	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 ⑦			
	2			
3				
4				
5				
請求理由 (詳細に記入してください。)				
⑧				

- ① 該当する通知書の「□」に「✓」(チェック)を入れてください。
  - ② 通知書の右上に記載している日付を記入してください。  
通知書の到着日より6か月以内に再審査請求書を提出してください。
  - ③ 減点された診療行為を行った診療科を記入してください。  
減点された診療行為が複数の診療科に跨る場合は主たる診療科を記入してください。
  - ④ 記載等不備(病名もれ等)による再審査請求の場合「□」に「✓」(チェック)を入れ、⑧請求理由欄外の※4に記載のとおり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。
  - ⑤ 突合審査分は、調剤薬局コード 10(7)ケタを記入してください。  
(調剤薬局コードは各通知書の備考欄に記載されています。)
  - ⑥ 調剤薬局の再審査請求の場合、処方箋を発行した医療機関コード 10(7)ケタを記入してください。  
(医療機関コードは各通知書の備考欄に記載されています。)
  - ⑦ 減点/金額・箇所・事由については通知書の通り記入し、減点内容については再審査請求する内容(薬剤名・検査名等)を記入してください。
- ※ 請求項目が6項目以上の場合は、様式1【再審査請求書(6項目以上)】を使用してください。



(例) 新たに作成された再審査請求書

(返却した再審査請求書を訂正して再提出する場合は管理番号の記入は不要です。)

請求理由 (詳細に記入してください。)

〔管理番号 0123456789〕

○ 再審査請求書の記入例について

(1) 増減点・返戻通知書から再審査請求書を作成する場合

(月遅れの場合は診療年月欄に診療年月が表示されています。)

**1** 増減点・返戻通知書

診療報酬明細書を審査した結果、下記のとおり請求点数増減返戻がありましたのでお知らせします。

大阪府国民健康保険団体連合会  
殿 **2** 令和5年5月5日 / 頁

診療事由	増減		一部負担金		返戻		摘要	診療年月	備考
	増点/増額	減点/減額	増額	減額	日数	点数/金額			
60 C		105					末梢血液一般検査 21×14 → 21×9		備考欄に薬局コードと薬局名が記載されている場合は突合審査分になります。
60 C		75					末梢血液像(自動機械法) 15×14 → 15×9		
60 JB		136					NT-proBNP → 0 136×1 → 0		

・ 再審査請求書

(薬局コードと薬局名がある場合は突合審査分になります。書き方は(2)の過誤・再審査結果通知書を参照してください。)

**1** 通知書の種類  増減点・返戻通知書  過誤・再審査結果通知書 **2** 通知書の作成日 5年5月5日 作成分

診療科 循環器内科 突合審査分 調剤薬局コード  
処方箋発行医療機関コード

※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。

再審査請求	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	105	60	C	末梢血液一般検査 21×14 → 21×9
2	75	60	C	末梢血液像(自動機械法) 15×14 → 15×9	
3	136	60	JB	NT-proBNP → 0	

(2) 過誤・再審査結果通知書から再審査請求書を作成する場合

(下の例は備考欄に薬局名が記載されているので突合審査分になります。)

**1** 過誤・再審査結果通知書

結果、下記のとおり決定しましたのでお知らせいたします。

大阪府国民健康保険団体連合会  
殿 **2** 令和5年5月5日 / 頁

診療事由	増減		一部負担金		返戻		摘要	診療年月	備考
	増点/増額	減点/減額	増額	減額	日数	点数/金額			
TA		168					フェブリク錠10mg 1錠 → 0 調剤数量82×56 → 79×56 薬剤料4592 → 4424		2741234567 ○○○○○薬局 2741234567 ○○○○○薬局 2741234567 ○○○○○薬局 2741234567 ○○○○○薬局

再審査請求書

再審査 請求	通知書の種別	<input type="checkbox"/> 増減点・返戻通知書 <input checked="" type="checkbox"/> 過誤・再審査結果通知書		通知書の作成日	5	年	5	月	5	日	作成分			
	診療科	整形外科		突合審査分 調剤薬局コード	2	7	4	1	2	3	4	5	6	7
				処方箋発行医療機関コード										
	※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。													
	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	168		TA	フェブリク錠 10mg 1錠 → 0										
2				調剤数量 82×56 → 79×56										
3				薬剤料 4592 → 4424										

○ 再審査の結果通知について

再審査結果については、以下の通知書にてお知らせします。結果の詳細については、通知しませんのでご了承ください。

- 「復活」又は「返戻」  
過誤・再審査結果通知書 及び 国民健康保険過誤調整結果通知書/後期高齢者過誤調整結果通知書にて通知します。
- 「原審」  
国民健康保険過誤調整結果通知書/後期高齢者過誤調整結果通知書にて通知します。

● 国民健康保険過誤調整結果通知書 の 確認方法 (国保)

国民健康保険過誤調整結果通知書															国 3								
令和 年 月 請求分															大阪府国民健康保険団体連合会								
															令和 年 月 日 / 頁								
被保険者氏名	診療年月	コード	事由	保険	本家	割合	適用区分	高額	減免	点数表	種別	任意	件数	日数 / 回数	点数	費用額 (基準額)	保険者負担分	高額療養費	一部負担金 被保険者負担分	他公費負担分 国保優先	公費法別	備考	
		216	201307	1	01	70	30	高		医			0	0	822	8,220	5,754	2,466					
		226	201307	1	06	70				医			0	0	2,663	26,630	18,641		7,989			2740000000	
		214	201307	1	06	70				医	○		0	-1	-266	-2,660	-2,128				-532	21	
		211	201307	1	07	80	30			医			0	0									

「復活」：コード〔201307〕 事由〔215、216、225、226〕

「原審」：コード〔201307〕 事由〔211、221〕

「返戻」：コード〔201307〕 事由〔214〕

● 後期高齢者過誤調整結果通知書 の 確認方法 (後期)

後期高齢者過誤調整結果通知書 (医療機関用)															(K452)																		
令和 年 月 請求分 (月診療分)															大阪府国民健康保険団体連合会																		
															令和 年 月 日 作成 / 頁																		
氏名	性別	生年月日	診療年月	再審査申出理由					再審査結果	入外	診療要	高額	減免	点数表	任意	件数	日数(回数)	点数	費用額(基準額)	保険者負担分	高額療養費	一部負担金額(標準負担額)	他法負担分	公費法別			備考						
				1	2	3	4	5																1	2	3							
				800					05	入	90	高	医				3550	35500	31950	3550													
				800	800	800			00	入	90	長	医												28	80							
				903					08	外	90		医				84	840	756													274000000	〇〇〇〇〇薬局

「復活」：再審査申出理由〔800〕 再審査結果〔05、08〕

「原審」：再審査申出理由〔800〕 再審査結果〔00〕

「返戻」：再審査結果〔02〕で返戻であることは判断できますが実施主体が保険者なのか保険医療機関等なのか  
が判断できないため返戻されたレセプト原本にて確認をお願いします

【問い合わせ先】

取下げ請求に関する内容 審査部 審査調整課 06-6949-5350

再審査請求に関する内容 審査部 審査管理課 06-6949-5353