

(医療機関用)

申出日	平成	年	月	日
-----	----	---	---	---

再審査申出書

沖縄県国民健康保険
診療報酬審査委員会会長 殿

医療機関コード : _____
医療機関名 : _____
開設者氏名 : _____
電話番号 : _____

診療報酬明細書のうち、下記の患者にかかる審査結果について疑義がありますので、再審査申出をいたします。

診療年月	平成	年	月診療	請求年月	平成	年	月請求	入院 ・ 外来
------	----	---	-----	------	----	---	-----	---------

患者氏名		性別	男 ・ 女	
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平	年	月	日

保険者番号 (国保)			4	7	0				
証番号 (国保)									

請求点数		点
査定点数		点

保険者番号 (後期高齢者)	3	9	4	7					
被保険者番号 (後期高齢者)									

再審査申出理由	
---------	--

記載例

(医療機関用)

申出日	平成	年	月	日
-----	----	---	---	---

再審査申出書

★申出書記入日を記載

沖縄県国民健康保険
診療報酬審査委員会会長 殿

医療機関コード :

医療機関名 :

開設者氏名 :

電話番号 :

【国保】

★保険者番号記載例

①国保一般 : 〇〇470013

※〇〇⇒空白欄

②国保退職 : 67470013

★証番号は、左詰めで記入

※県外保険者分については470を削除し、記載をお願いします。

診療報酬明細書のうち、下記の患者にかかる審査結果について疑義がありますので、再審査申

診療年月	平成	年	月診療
------	----	---	-----

★対象レセプトの診療月を記入

請求年月	平成	年	月請求
------	----	---	-----

★対象レセプトを請求した月を記入

入院 ・ 外来

○囲みにて選択

患者氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平	年	月 日

保険者番号 (国保)			4	7	0				
証番号 (国保)									

請求点数		点
査定点数		

★請求点数⇒減点される前の点数を記入

★査定点数⇒減点された点数を記入

保険者番号 (後期高齢者)	3	9	4	7				
被保険者番号 (後期高齢者)								

【後期】

★保険者番号記載例

①後期高齢 : 39472014

★被保険者番号は、左詰めで記入

※県外保険者分については47を削除し、記載をお願いします。

再審査申出理由

◎診療報酬明細書一枚につき、再審査申出書1枚となります。

◎再審査申出対象項目を記載するようお願いいたします。

例) CRP検査について

◎院外処方薬の薬剤に対し再審査申出を行う場合は、「薬剤名(院外処方)」と記載するようお願いいたします。

例) バイアスピリン錠 100mg (院外処方) ~

◎受付~結果通知まで早くても3ヶ月要します。

※記載不備等があれば更に時間を要しますので、記載不備が無いよう
お願いします。

◎レセプト(控)の添付は不要です。