

（医療機関用）

申出日	令和	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 ・ 令	年	月	請求年月	平 ・ 令	年	月	D P C ・ 入院 ・ 外来
------	-------	---	---	------	-------	---	---	-----------------

患者氏名		性別	男 ・ 女	保険者番号 (国保)			4	7	0						
生年月日	大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令			年	月	日	証番号 (国保)								
請求点数				点	保険者番号 (後期高齢者)			3	9	4	7				
査定点数				点	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)

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

申出日

令和

年

月

日

★申出書記入日を記載

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、再審査申出

診療年月

平

・

令

年

月

★対象レセプトの診療月を記入

請求年月

平

・

令

年

月

★対象レセプトを請求した月を記入

D P C

・

入院

・

外来

○囲みにて選択

患者氏名

性別

男

・

女

生年月日

大

・

昭

・

平

・

令

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) C R P 検査について

◎院外処方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。