

再審査等請求書の記載誤り（不備）にご留意願います

保険医療機関（薬局）等から提出される再審査等請求書（再審査・取下げ）につきましては、特に次の事項にご留意のうえ、請求願います。

（記載事項等に不備がある場合、保険者等において該当する診療報酬等明細書を特定できず、処理ができないこととなります。）

○「請求（調整）年月の記載に係る留意点」

1 再審査等請求書（再審査）

(1) 原審査の場合（増減点連絡書）

支払基金に請求した年月を記載願います。（月遅れ請求分以外は、診療年月の翌月）

(2) 再審査の場合（再審査等支払調整額通知票、突合点検調整額通知票 ※）

該当帳票の枠外上部に記載されている調整診療年月を記載願います。

※ 原審査に係る突合点検調整額通知票については、再審査の場合と同じ記載になります。

（機械様式第120号の5）		突合点検調整額通知票（医療機関）				ページ 1	
医療機関コード： 12-34567		医療機関名： 支払基金病院		御中		社会保険診療報酬支払基金	
点数表： 1		診療科： ○○○					
下記の突合点検調整に係る減点内容について、処方箋（写）を確認した結果、令和○○年○○月診療分において、減点分に係る費用を貴保険医療機関から調整しましたので通知いたします。							
診療年月 区分	保険者番号 （請求者） 受給者番号 主保険者	患者氏名 生年月日 整理番号	調整金額 目数 点数 部負担金	調整支給額 回数 基準額 標準負担額	増減点 （番号、項目、事由）	増減点内容	
0106 本 外	0613****	基金 太郎 SS5, 9.20 0000000123456789	-2,100 -300			【薬局コード】 78-54321 【所在地】 ○○○ 【名称】 ○○○薬局 【TEL】 123-123-1234	

※ 紙の再審査等請求書の記載箇所

2	診療 年月	年 月	請 求 (調整) 年 月	年 月	明細書 区 分	1 単独 2 併用 3 老健	1=本人入院 2=本人外来 3=未就学者入院 4=未就学者外来 5=家族入院 6=家族外来 7=高齢者入院一般 8=高齢者外来一般 9=高齢者入院7割 0=高齢者外来7割	再審査等 対象種別	1 一次審査 2 突合再審査 3 再 審 査
---	----------	-----	--------------------	-----	------------	----------------------	--	--------------	------------------------------

※（オンラインでの入力箇所）

* 診療年月 5:令和 年 月 * 請求(調整)年月 5:令和 年 月

2 再審査等請求書（取下げ）

支払基金に請求した年月を記載願います。（月遅れ請求分以外は、診療年月の翌月）

【問合せ先】 社会保険診療報酬支払基金

茨城審査委員会事務局 調整係

直通電話番号 029-279-2663