

再 審 査 等 請 求 書

令和 年 月 日

社会保険診療報酬支払基金 _____ 支部 御中

保険医療機関等の
所在地及び名称
開設者氏名
電話番号

下記理由により、診療報酬等明細書を

再審査

取下げ

願います。

1	点数表	1 医科 6 訪問	3 歯科	4 調剤	医療機関等 コード		旧総合病院 診療科			
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	
3	再審査等対象種別が 「2 突合再審査」 のとき、相手方薬局		薬局コード			(都道 府県)				
			薬局の名称							
4	保険者番号						記号・番号	.		
5	公費負担者番号 市町村番号						受給者番号			
6	フリガナ						生 年 月 日		写の有無	
	患者氏名						1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 年 月 日		1 有 2 無	
7	請求点数 (金額)	点(円)				一 部 負 担 金		円		
	食事・生活 請求金額	円				標 準 負 担 額	円	※取下げ 理 由		
8	No.	減点点数 (金額)	減点事由及び箇所			減 点 内 容				
	①	点(円)								
	②									
	③									
請求理由										
再審査の結果、下記のとおり決定します。 ※備考										
No.	結 果	原審理由	摘 要							
1	復活・原審									
2	復活・原審									
3	復活・原審									
※基 金 使 用 欄		増減点			請求理由	責任	請求数	処理	診療科	再々審

注 「※取下げ理由」欄、「※備考」欄及び「※基金使用欄」については、基金で使用しますので、何も記入しないでください。

作成要領

- 1 再審査又は取下げの請求を行う場合の再審査等請求書は、対象となるレセプト1件ごとに作成し、保険医療機関等の所在する支払基金に提出してください。
- 2 様式上部の「下記理由により・・・」の文中における「再審査」又は「取下げ」については、そのいずれか該当するものに○印を付してください。
- 3 「点数表」欄には、該当の番号に○印を付してください。
- 4 「旧総合病院診療科」欄には、医療法の一部を改正する法律（平成9年法律第125号）による改正前の医療法（昭和23年法律第205号）第4条の規定による承認を受けている病院である保険医療機関のみ当該診療科名を記入してください。
- 5 「診療年月」欄には、レセプトの診療年月を記入してください。
- 6 「請求（調整）年月」欄には、次により記入してください。
 - (1) 一次審査の結果に対する再審査請求の場合は、支払基金へ当初に請求した年月（通常は診療年月の翌月）を記入してください。
 - (2) 突合点検又は突合再審査の結果に対する再審査請求の場合は、突合点検調整額通知票又は突合点検調整額通知票【再審査】の枠外上部に記載されている調整診療年月を記入してください。
 - (3) 再審査の結果に対する再審査請求の場合は、再審査等支払調整額通知票の枠外上部に記載されている調整診療年月を記入してください。
- 7 「明細書区分」欄には、該当の番号にそれぞれ○印を付してください。
- 8 「再審査等対象種別」欄には、一次審査の結果に対する再審査請求の場合は「1 一次審査」、突合点検又は突合再審査の結果に対する再審査請求の場合は「2 突合再審査」、再審査の結果に対する再審査請求の場合は「3 再審査」の該当の番号に、○印を付してください。
- 9 「再審査等対象種別が「2 突合再審査」のとき、相手方薬局」欄には、突合点検調整額通知票又は突合点検調整額通知票【再審査】に記載されている薬局のコード及び名称を記入してください。

なお、「都道府県」欄は、薬局の所在地が他都道府県の場合に都道府県コード（別表）を記入してください。
- 10 「保険者番号」欄及び「公費負担者番号・市町村番号」欄には、次により記入してください。
 - (1) 医療保険単独の場合は、「保険者番号」欄に当該番号を記入してください。
 - (2) 公費負担医療（以下「公費」という。）単独の場合は、「公費負担者番号・市町村番号」欄に当該番号を記入してください。
 - (3) 医療保険と公費の併用の場合は、医療保険の番号を「保険者番号」欄に、公費（公費が2種以上の場合は第1公費）の番号を「公費負担者番号・市町村番号」欄に、それぞれ記入してください。
 - (4) 公費と公費の併用の場合は、第1公費の番号のみを「公費負担者番号・市町村番号」欄に記入してください。
- 11 「記号・番号」欄には、医療保険の場合に記号・番号を記入してください。
- 12 「受給者番号」欄には、老人保健又は公費の受給者番号を記入してください。
- 13 「請求点数（金額）」欄、「一部負担金」欄、「食事・生活請求金額」欄及び「標準負担額」欄には、支払基金に請求した合計点数又は金額を記入してください。
- 14 「減点点数（金額）」欄、「減点事由及び箇所」欄及び「減点内容」欄には、一次審査の結果に対する再審査請求の場合は増減点連絡書の記載内容を、突合点検又は突合再審査の結果に対する再審査請求の場合は突合点検調整額通知票又は突合点検調整額通知票【再審査】の記載内容を、再審査の結果に対する再審査請求の場合は再審査等支払調整額通知票の記載内容を、それぞれの項目ごとに記入してください。
- 15 「請求理由」欄には、「再審査」又は「取下げ」の請求理由を記入してください。
- 16 再審査請求が多項目にわたり、「減点内容」欄及び「請求理由」欄に記入しきれない場合は、適宜、用紙を添付するなどにより対応してください。
- 17 「※取下げ理由」欄、「※備考」欄及び「※基金使用欄」については、基金で使用しますので、何も記入しないでください。

別表

都道府県番号表

都道府県名	コード	都道府県名	コード	都道府県名	コード
北海道	01	石川	17	岡山	33
青森	02	福井	18	広島	34
岩手	03	山梨	19	山口	35
宮城	04	長野	20	徳島	36
秋田	05	岐阜	21	香川	37
山形	06	静岡	22	愛媛	38
福島	07	愛知	23	高知	39
茨城	08	三重	24	福岡	40
栃木	09	滋賀	25	佐賀	41
群馬	10	京都	26	長崎	42
埼玉	11	大阪	27	熊本	43
千葉	12	兵庫	28	大分	44
東京	13	奈良	29	宮崎	45
神奈川	14	和歌山	30	鹿児島	46
新潟	15	鳥取	31	沖縄	47
富山	16	島根	32		