

# 再審査等請求書の記入について

保険医療機関等から「再審査」又は「取下げ」を依頼される場合は、該当するレセプト1件ごとに「再審査等請求書」に必要な事項を記入のうえ、当基金へご提出願います。

※ 再審査等請求書への記入もれ又は誤りがある場合は、照会・返戻させていただくことがありますので、提出前に記入内容をご確認願います。

## 再 審 査 等 請 求 書

社会保険診療報酬支払基金大阪支部 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

令和 年 月 日

再審査等請求書の提出月日を記入してください。

保険医療機関等の所在地及び名称、開設者氏名及び電話番号の記載漏れにご注意願います。

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。

「医療機関等コード」欄  
保険薬局からの「再審査」「取下げ」については「医療機関等コード」欄に薬局コードを記載願います。

### 「請求(調整)年月」欄

#### ○ 再審査の場合

- ① 一次審査の結果に対する再審査のとき  
診療年月の翌月を記入してください。  
**※ 月遅れ請求・返戻分の再請求の場合は、実際に請求した月**
- ② 突合再審査の結果に対する再審査のとき  
突合点検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。
- ③ 再審査の結果に対する再審査のとき  
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。

#### ○ 取下げの場合

- 診療年月の翌月を記入してください。  
**※ 月遅れ請求・返戻分の再請求の場合は、実際に請求した月**

### 「相手方薬局」欄

再審査等対象種別が突合再審査の場合は、突合点検調整額通知票に記載されている**保険薬局のコード及び名称を記入**してください。  
※「取下げ」の場合、記入は不要です。

### 「公費負担者番号」欄

- 公費との併用の場合に記入してください。
- 生活保護法単独の場合は、福祉事務所の番号を記入してください。  
例 (1227××××)
- 公費と公費の併用の場合には第1公費を記入してください。

### 「患者氏名」欄

フリガナを必ず記入してください。

### 「請求点数(金額)」欄

当初請求したレセプトの合計点数を記入してください。

### 「減点点数(金額)」、「増減事由及び箇所」及び「減点内容」欄

#### ○ 再審査の場合

- ① 一次審査の結果に対する再審査のとき  
増減点連絡書から減点点数、増減事由及び箇所、減点内容を記入してください。
- ② 突合再審査の結果に対する再審査のとき  
突合点検調整額通知票から減点点数、増減事由及び箇所、減点内容を記入してください。
- ③ 再審査の結果に対する再審査のとき  
再審査等支払調整額通知票から減点点数、増減事由及び箇所、減点内容を記入してください。

#### ○ 取下げの場合

記入は不要です。

1	点数表	1 医科 (一般・DPC) 3 歯科 4 調剤 6 訪問	医療機関等コード	旧総合病院診療科
2	診療年月	請求(調整)年月	明細書区分 1 単独 2 併用	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
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	薬局の名称	再審査等対象種別 1 一次審査 2 突合再審査 3 再審査
4	保険者番号	記号・番号	都道府県	
5	公費負担者番号	受給者番号		
6	フリガナ	患者氏名	生年月日	写の有無 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
8	No	減点点数(金額) 点(円)	増減事由及び箇所	減点内容
	①			
	②			
	③			
請求理由				
※ 請求理由を必ず詳細に記入願います。				
※ 審査結果に関しての「取下げ」は取り扱いできませんので、「再審査」でお申し出願います。				
再審査の結果、下記のとおり決定します。				
No	結果	原審理由	摘要	※備考
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、基金で使用するもので、何も記入しないでください。

### 「旧総合病院診療科」欄

旧総合病院については、当該診療科を記入してください。

### 「再審査等対象種別」欄

- 再審査の場合
  - 1 一次審査  
増減点連絡書でお知らせした審査結果に対するもの
  - 2 突合再審査  
突合点検調整額通知票でお知らせした審査結果に対するもの
  - 3 再審査  
再審査等支払調整額通知票でお知らせした審査結果に対するもの
- 取下げの場合  
一次審査に○を付してください。

### 「(都道府県)」欄

突合点検調整額通知票(120号-3)の右欄 薬局コード等欄に記載されている都道府県が大阪府以外の場合に記入してください。

### 「写の有無」欄

当該患者のレセプト写を添付した場合は、「1有」に○を付してください。  
※ 写を添付した場合、レセプトの上部に㊟と表示してください。  
なお、当該患者のレセプト写がない場合は、「2無」に○を付してください。  
「再審査」の場合は、当該レセプトの写しの添付をお願いします。

### 「取下げ理由番号」欄

基金で使用しますので、記入は不要です。

### 「請求(再審査・取下げ理由)欄

保険者等へレセプトの返付を依頼するため、詳細な請求理由が必要となりますので、必ず記入してください。記入がない場合は取り寄せができないためお返しすることになります。

再審査等請求書については、支払基金ホームページ(<https://www.ssk.or.jp/>)→様式集→医療機関・薬局の方→5再審査→1再審査等請求書よりダウンロードしてください。  
なお、オンライン請求システムからの再審査請求も受付しておりますのでご利用ください。

<この件に関する問い合わせ先>  
社会保険診療報酬支払基金大阪支部  
審査企画部 調整第1課

TEL 06-6375-2321(代)