



福岡医発第2311号(地)
平成23年 2月22日

各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会
会長 松田 峻一良
(公 印 省 略)

保険医療機関（保険薬局）再審査について

今般、福岡県国民健康保険団体連合会（以下、国保連合会とする。）より、保険医療機関からの再審査申し立について、現在、申立書に診療報酬明細書（以下、レセプトとする。）の写を添付することとなっておりますが、今後、国保連合会においてレセプト管理システムを活用して医療保険者から当該レセプトデータ（原本）を取り付けて処理されることから、保険医療機関から提出する申立書にはレセプトの写の添付が必要なくなった旨、別添のとおり通知が参りましたのでお知らせいたします。

また、保険医療機関再審査に係る申立書様式につきましても、別紙2のとおり一部変更がなされております。なお、新様式での提出は平成23年4月提出分からとなっております。

つきましては、本件にご了知いただくとともに、貴会会員への周知方よろしくお願い申し上げます。

なお、新様式と記載例については、国保連合会のホームページに掲載（3月31日更新予定）されます。

（国保連合会ホームページ：<http://www.kokuhoren-fukuoka.jp/>）

小郡三井医師会より

医療保険担当理事 山下拓郎
会長 蒲池 壽

福 国 保 連 第 334 号

平成 23 年 2 月 8 日

福岡県医師会

御中

福岡県国民健康保険団体連合会

保険医療機関（保険薬局）再審査について

平素から本会の事業運営につきましては、格別のご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、保険医療機関（保険薬局）からの再審査申立については、申立書に診療報酬明細書（レセプト）の写を添付していただくようお願いしておりましたが、今後は添付の必要がなくなりますのでお知らせいたします。

【レセプトの写の添付が不要となった理由について】

保険医療機関（保険薬局）からの再審査については、レセプトの原本を保険者から取り寄せて審査を行う必要がありますが、取り寄せに時間を要し審査が遅れる等の事情があることから、添付していただいたレセプトの写で審査を行い、時間の短縮等の対応をしてきました。

現在、レセプト管理システム導入により、保険者はレセプトを画像データとして管理し、本会と各保険者は専用回線で結ばれています。これにより、従前よりも短期間でレセプト原本データが送付されるため、レセプトの写の添付の必要がなくなりました。

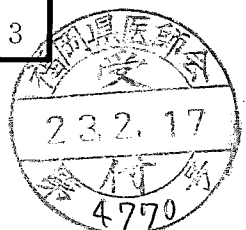
また、保険医療機関（保険薬局）再審査の申立書の様式を一部変更しております。新しい様式と記載例を同封しておりますので、平成 23 年 4 月提出分より新様式を使用していただきますようお願いいたします。

なお、本会のホームページ（URL「<http://www.kokuhoren-fukuoka.jp/>」 平成 23 年 3 月 31 日更新予定）にも当該新様式と記載例を掲載しております。

お 問 い 合 わ せ 先

再 審 査 課

0 9 2 - 6 4 2 - 7 8 4 3



福岡県国民健康保険診療報酬審査委員会 会長 殿

医療機関(薬局)コード

--	--	--	--	--	--	--

保險医療機関(薬局)

の所在地及び名称

開設者氏名

電話番号

印

再審査申立について

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

記

年		月		診療分																				
保険者番号又は 後期高齢者医療の保険者番号															記号・番号 (被保険者番号)									
公費負担者番号又は 老人保健市町村番号															受給者番号									
患者氏名								入外区分		1 本入		2 本外		3 六入		4 六外		5 家入						
										6 家外		7 高入一		8 高外一		9 高入7		0 高外7						
生年	M T S H		年	性別	1 男	2 女	診療科名																	
調剤報酬請求に係る 再審査の場合、相手方薬局				薬局コード										薬局名										
再審査申立事項														再審査申立点数										
1. 内容【増減点通知書(票)の内容を申し立てされるもののみ、そのまま写してください】 2. 再審理由																								
																						受付年月日		

- (注) 1. 再審査申立1件毎に1枚で提出してください。
2. できるだけ明細書の写しの添付をお願い致します。
添付されない場合は審査結果が遅れることがあります。

福岡県国民健康保険診療報酬審査委員会 会長 殿

医療機関(薬局)コード
保険医療機関(薬局)
の所在地及び名称
開設者氏名
電話番号

印

再 審 査 申 立 に つ い て

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

記

年 月診療分																	
保険者番号								記号				番号 (被保険者番号)					
公費負担者番号又は 老人保健市町村番号												受給者番号					
患者氏名						入外区分		1 本入		2 本外		3 六入		4 六外		5 家入	
								6 家外		7 高入一		8 高外一		9 高入7		0 高外7	
生年		M S T H 年				性別		1 男		2 女		診療科名					
調剤報酬請求に係る 再審査の場合、相手方薬局		薬局コード										薬局名					
再審査申立事項												再審査申立点数					
1. 内容【増減点通知書の内容を申し立てされるもののみ記載してください】																	
2. 再審理由																	
														受付年月日			

(注) 1. 再審査申立1件毎に1枚で提出してください。
2. できるだけ増減点通知書の写し(A4版)の添付をお願いします。

平成 23 年 4 月 1 日

福岡県国民健康保険診療報酬審査委員会 会長 殿

医療機関(薬局)コード

1 1 1 2 2 2 3

申し立てをする診療報酬明細書の
実診療年月を記載してください

保険医療機関(薬局)

福岡市博多区吉塚本町***

の所在地及び名称

国保連合 病院

開設者氏名

国保 太郎

電話番号

092-642-78**



再 審 査 申 立 に つ い て

診療報酬明細書のうち、下記患者にかかる審査結果について疑義が
ありますので、再審査申し立てを行います。

- ・国保は記号と番号をそれぞれ別に記載してください
- ・後期高齢者は被保険者番号を記載してください

22年 1月診療分

保険者番号	4	0	*	*	*	*	記号	123	番号 (被保険者番号)	1234567						
公費負担者番号又は 老人保健市町村番号	5	1	4	0	*	*	*	*	受給者番号	2	3	4	5	6	7	8
患者氏名	国保 連太			入外区分	1 本入	② 本外	3 六入	4 六外	5 家入							
					6 家外	7 高入一	8 高外一	9 高入7	0 高外7							
生年	M	⑤	T	H	30年	性別	① 男	2 女	診療科名	内科						
調剤報酬請求に係る再審査 の場合、相手方薬局	薬局コード	4	4	4	5	5	5	6	薬局名	こくほれん薬局						
再審査申立事項									再審査申立点数	230点						
1. 内容【増減点通知書の内容を申し立てされるもののみ記載してください】																
D. ニューロタン錠50mg 1錠 90×1→0																
B. FT4 280×1→140×1																
2. 再審理由																
減点点数のうち、疑義があるもの(申し立てるもの)の点数を記載してください																
減点され、疑義があるもの(申し立てるもの)を必ず記載してください																
受付年月日																

(注) 1. 再審査申立1件毎に1枚で提出してください。

2. できるだけ増減点通知書の写し(A4版)の添付をお願いします。

- ・同一患者で診療月が異なる場合は、申立内容が同じでも月毎に提出してください
- ・同一患者の同一診療年月で申立内容が複数ある場合は、1枚で提出してください