



福岡県医発第664号（地）

平成23年 6月 9日

各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会

会長 松田 峻一 良

（公印省略）

再審査等請求内訳票の様式変更について（お知らせ）

支払基金では、保険者等からオンラインにより再審査等請求された電子レセプトを保険医療機関（薬局）に返戻する場合、オンライン請求システムにより配信する電子レセプトと併せて、紙レセプトを出力したうえ送付されています。

今般、この出力紙レセプトに添付する再審査等請求内訳票について、支払基金の事務処理上の都合により、本年6月処理分から別添のとおり様式を変更する旨、社会保険診療報酬支払基金福岡支部より通知が参りましたのでご連絡申し上げます。

なお、本件については、社会保険診療報酬支払基金福岡支部から各保険医療機関へ直接通知されますことを申し添えます。

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

事 務 連 絡
平成 2 3 年 6 月 1 日

福岡県医師会 御中

社会保険診療報酬支払基金福岡支部

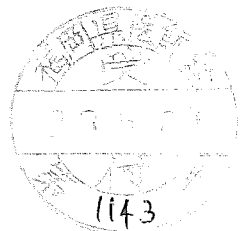
再審査等請求内訳票の様式変更について（お知らせ）

平素は、支払基金の事業運営に格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、支払基金では、保険者等からオンラインにより再審査等請求された電子レセプトを保険医療機関（薬局）に返戻する場合、オンライン請求システムにより配信する電子レセプトと併せて、紙レセプトを出力したうえ送付しています。

この出力紙レセプトに添付する再審査等請求内訳票について、支払基金の事務処理上の都合により、本年6月処理分から別添のとおり様式を変更することといたしましたので、お知らせいたします。

なお、本件につきましては、当基金支部から各保険医療機関へお知らせいたしますことを申し添えます。



別添 ※「再審査等請求内訳票（医療機関返戻用）」

ページ番号：

再審査等請求内訳票（その1）資格関係等

保険者番号又は実施機関番号：

整理番号：

請求回数：

診療年月：

区分：

都道府県番号：

点数表番号：

医療機関コード：

記号：

番号：

患者氏名：

◎この内訳票を貼付したまま提出してください。

	保険者（負担者）番号	受給者番号	療養の給付	一部負担金	食事・生活療養	標準負担額
医保 公1 公2 公3 公4						

	再審査等請求理由	再審査等結果

基 金 使用欄	増減点 療養の給付 一部負担金 食事・生活療養 標準負担額	請求理由	責任	請求数	処理	診療科	再々審
医保							
公1							
公2							
公3							
公4							

【オンライン請求医療機関の皆様へ】

本レセプトは別にオンラインで電子レセプトを送信していますので、オンラインにより再請求する場合は破棄願います。

ページ番号：

再審査等請求内訳票（その2）診療内容・事務上

保険者番号又は実施機関番号：

整理番号：

請求回数：

診療年月：

区分：

都道府県番号：

点数表番号：

医療機関コード：

記号：

番号：

患者氏名：

保険者（負担者）番号

受給者番号

療養の給付

一部負担金

食事・生活療養

標準負担額

医保
 公1
 公2
 公3
 公4

◎この内訳票を貼付したまま提出してください。

	再審査等請求理由	再審査等結果

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
	療養の給付 一部負担金 食事・生活療養 標準負担額						
	医保						
	公1						
	公2						
	公3						
	公4						

【オンライン請求医療機関の皆様へ】

本レセプトは別にオンラインで電子レセプトを送信していますので、オンラインにより再請求する場合は破棄願います。

ページ番号：

調剤報酬請求についての審査請求内訳票

保険者番号又は実施機関番号：

整理番号：

請求回数：

診療年月：

区分：

都道府県番号：

点数表番号：

医療機関コード：

記号：

番号：

患者氏名：

保険者（負担者）番号

受給者番号

療養の給付

一部負担金

食事・生活療養

標準負担額

医保
 公1
 公2
 公3
 公4

◎この内訳票を貼付したまま提出してください。

	再審査等請求理由	再審査等結果

基金 使用欄	増減点 療養の給付 一部負担金 食事・生活療養 標準負担額	請求理由	責任	請求数	処理	診療科	再々審
医保							
公1							
公2							
公3							
公4							

【オンライン請求医療機関の皆様へ】

本レセプトは別にオンラインで電子レセプトを送信していますので、オンラインにより再請求する場合は破棄願います。



事 務 連 絡

平成 23 年 6 月 6 日

保険医療機関（薬局） 各位

社会保険診療報酬支払基金福岡支部

再審査等請求内訳票の様式変更について（お知らせ）

平素は、支払基金の事業運営に格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、支払基金では、保険者等からオンラインにより再審査等請求された電子レセプトを保険医療機関（薬局）に返戻する場合、オンライン請求システムにより配信する電子レセプトと併せて、紙レセプトを出力したうえ送付しています。

この出力紙レセプトに添付する再審査等請求内訳票について、支払基金の事務処理上の都合により、本年6月処理分から別添のとおり様式を変更することといたしましたので、お知らせいたします。

別添 ※「再審査等請求内訳票（医療機関返戻用）」

ページ番号：

再審査等請求内訳票（その1）資格関係等

保険者番号又は実施機関番号：

整理番号：

請求回数：

診療年月：

区分：

都道府県番号：

点数表番号：

医療機関コード：

記号：

番号：

患者氏名：

保険者（負担者）番号

受給者番号

療養の給付

一部負担金

食事・生活療養

標準負担額

医保

公1

公2

公3

公4

◎この内訳票を貼付したまま提出
してください。

	再審査等請求理由	再審査等結果

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
	療養の給付 一部負担金 食事・生活療養 標準負担額						
	医保						
	公1						
	公2						
	公3						
	公4						

【オンライン請求医療機関の皆様へ】

本レセプトは別にオンラインで電子レセプトを送信していますので、オンラインにより再請求する場合は破棄願います。

ページ番号：

再審査等請求内訳票（その2）診療内容・事務上

保険者番号又は実施機関番号：

整理番号：

請求回数：

診療年月：

区分：

都道府県番号：

点数表番号：

医療機関コード：

記号：

番号：

患者氏名：

◎この内訳票を貼付したまま提出
してください。

	保険者（負担者）番号	受給者番号	療養の給付	一部負担金	食事・生活療養	標準負担額
医保						
公1						
公2						
公3						
公4						

	再審査等請求理由	再審査等結果

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
	療養の給付 一部負担金 食事・生活療養 標準負担額						
	医保						
	公1						
	公2						
	公3						
	公4						

【オンライン請求医療機関の皆様へ】

本レセプトは別にオンラインで電子レセプトを送信していますので、オンラインにより再請求する場合は破棄願います。

ページ番号：

調剤報酬請求についての審査請求内訳票

保険者番号又は実施機関番号：

整理番号：

請求回数：

診療年月：

区分：

都道府県番号：

点数表番号：

医療機関コード：

記号：

番号：

患者氏名：

◎この内訳票を貼付したまま提出
してください。

保険者（負担者）番号

受給者番号

療養の給付

一部負担金

食事・生活療養

標準負担額

医保
公1
公2
公3
公4

	再審査等請求理由	再審査等結果

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
	療養の給付 一部負担金 食事・生活療養 標準負担額						
医保							
公1							
公2							
公3							
公4							

【オンライン請求医療機関の皆様へ】

本レセプトは別にオンラインで電子レセプトを送信していますので、オンラインにより再請求する場合は破棄願います。