



福岡医発第 16 号（地）
平成 27 年 4 月 3 日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会長 松 田 峻一良
(公印省略)

福岡県国民健康保険団体連合会再審査申立書の
様式の一部変更と提出について

今般、福岡県国民健康保険団体連合会（以降、国保連合会という）より再審査申立てに対し、滞りなく迅速に処理を進めるために様式を一部変更された旨、通知がありましたので、お知らせ致します。

なお、

- 1) 国保連合会ホームページ（URL「<http://www.kokuhoren-fukuoka.jp/>」）にも当該新様式と記載例を掲載されていますことを併せて申し添えます。
- 2) 各医療機関に対しましては、国保連合会より直接送付されています。

記

1. 同一患者で診療月が異なる場合は、申立内容が同じでも診療月毎に作成してください。
2. 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枚にまとめて作成してください。
3. 調剤報酬請求に係る再審査申立の場合は、必ず相手方薬局コード、薬局名の記載をお願いします。
4. 査定箇所に係る再審査結果・増減点通知書の写し（A4版）の添付をお願いします。
5. レセプトの写しの添付は必要ありません。

小郡三井医師会より

医療保険担当理事 山下拓郎
会長 廣瀬真恵

福岡保連第 447 号

平成 27 年 3 月 18 日

公益社団法人 福岡県医師会
会長 松 田 峻 一 良 様

福岡県国民健康保険団体連合会
事務局長職務代理者
総務部長 池田 哲也

再審査申立書の様式の一部変更と提出について (お願い)

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。

標記につきまして、再審査申立てに対し、滞りなく迅速に処理を進めるために様式を一部変更させていただきました。新しい様式と記載例を同封しておりますので、下記の事項を参照のうえ、ご提出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 27 年 3 月 27 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ので、そちらもご利用ください。

なお、本会より医療機関へ通知しております。

記

1. 同一患者で診療月が異なる場合は、申立内容が同じでも診療月毎に作成してください。
2. 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 枚にまとめて作成してください。
3. 調剤報酬請求に係る再審査申立の場合は、必ず相手方薬局コード、薬局名の記載をお願いします。
4. 査定箇所に係る再審査結果・増減点通知書の写し (A 4 版) の添付をお願いします。
5. レセプトの写しの添付は必要ありません。

問合せ先
審査部審査第 3 課第 1 係
Tel 092-642-7843

(注) 1. 診療報酬明細書1件につき1枚で提出してください。
2. 当該査定箇所にかかる再審査結果・増減点通知書の写し(A4版)の添付をお願いします。

「医療機関再審査申立書」記載例

平成 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 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

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**



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

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。

- ・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(8桁)を記載してください

処方箋による調剤査定がある
場合に記入してください

27 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	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 8 高外 9 高入 7 0 高外 7
生年	M T (S) H 30 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 4 4 4 5 5 5 6 薬局名 こくほれん薬局
【再審査申立事項】	
1. 内容 (再審査結果・増減点通知書の内容を記載してください)	
箇所	事由 減点点数(金額) 減点内容
21	D 840 プラビックス75mg 1錠→0 41×30→13×30
60	JB 284 BNP→0 140×1→0
	生化学的検査(2)判断料→0 144×1→0
2. 再審理由	
減点点数のうち、疑義があるもの(申立てるもの)の合計点数を記載してください	
減点点数のうち、疑義があるもの(申立てるもの)の内容を記載してください	
・同一患者で診療年月が異なる場合は、申立内容が同じでも診療年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枚にまとめて作成してください	
受付年月日	

- (注) 1. 診療報酬明細書1件につき1枚で提出してください。
2. 当該査定箇所にかかる再審査結果・増減点通知書の写し(A4版)の添付をお願いします。