

# 「医療機関再審査申立書」記載例

令和 ○○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 R 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) 再審査申立点数 1,124点

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)の内容を記載してください

このスペースには糊付けしないでください

1. 本表は、診療報酬明細書を作成する際に提出してください。  
2. 当該審査箇所にかかる再審査結果(増減点通知書)の付し(4/15)が添付された場合があります。