

平成 年 月 日

保険医療機関コード番号及び名称

様

兵庫県国民健康保険団体連合会
審査部審査管理課再審査係
(TEL 078-332-9514直通)
(FAX 078-332-9534)

再審査請求要領について

1 再審査請求書の提出

再審査を申し出る場合は、再審査請求書(その1)、再審査請求一覧(その2)、再審査請求理由書(その3)に該当者の必要事項を記載し、本会から郵送の増減点返戻通知書(写)又は過誤付箋(写)と共に国民健康保険診療報酬審査委員会会長あてに提出ください。

2 様式への記載

(1) 再審査請求書(その1)

保険医療機関のコード番号、名称、所在地、開設者氏名、印、電話番号、FAX番号、事務担当者名を記入し、再審査方法のどちらかに○表示をしてください。

なお、面接を希望される場合は、希望の曜日と時間に○表示をし、出席される医師の氏名等を御記入ください。

保険医療機関再審査は、面接か書類のいずれか一回のみの申し出となりますのでご留意願います。

(2) 再審査請求一覧(その2)

レセプト記載と同様に必要な項目を一覧表へご記入ください。

左端番号は通し番号とします。

旧総合病院等科目ごとに請求されている保険医療機関は、科目ごとに作成してください。

(3) 再審査請求理由書(その3)

右肩番号欄の番号は、再審査請求一覧(その2)に記載した番号と同じとします。

申し出箇所の再審査請求理由については具体的に記載し、説明のための必要な資料等があれば添付してください。

* 資料返還を希望される場合は、再審査請求書(その1)の項目に○表示し返還分の該当番号を記載願います。

3 面接の場合の留意事項

(1) 出席者は当該保険医療機関を代表する医師及び担当医師とします。

関係事務担当者等の出席を必要とする場合は、あらかじめ国民健康保険診療報酬審査委員会会長の承認を必要とします。ただし、事務担当者は審査に対する発言はできません。

(2) 説明に必要な資料(カルテ等)を携行願います。

(3) 面接の日時等は、再審査請求書提出後、レセプト原本がそろい次第、事務担当者から日程調整の連絡をさせていただきます。

なお、面接日決定後にやむを得ず出席できない場合は、書類審査の扱いとなりますので御承知ください。

4 その他

面接会場

神戸市中央区三宮町1丁目9番1-1801号

センタープラザ 15F

兵庫県国民健康保険団体連合会 面談室

* 専用駐車場はございません。

再審査請求書（その1）

平成 年 月 日

国民健康保険診療報酬審査委員会会長 様

保険医療機関

コード番号

名 称

所在地 〒

開設者名 印

電 話 () -

F A X () -

事務担当者名

件について再審査を請求します。

再審査方法 面接 ・ 書類審査

希望の曜日と時間 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土

14 : 00 ~ ・ 14 : 30 ~

15 : 00 ~ ・ 15 : 30 ~

16 : 00 ~

面接に出席される医師名

面接に出席される事務担当者名

添付資料の返還 する (番号)

再審査請求一覧（その2）

科目. _____

NO. _____

番号	診療 年月	被保険者名	給付 割合	入 外	保険者番号	請求点数
	提出 年月				被保険者証番号	減点点数
					公費負担者番号	
					受給者番号	
1						
2						
3						
4						
5						

再審査請求理由書（その3）

診療年月	年 月	被保険者名	番号
再審査請求理由			

平成 年 月 日

保険医療機関コード番号及び名称

様

兵庫県国民健康保険団体連合会
審査部審査管理課再審査係
(TEL 078-332-9514直通)
(FAX 078-332-9534)

審査相談の要領について

1 審査相談申出書の提出

審査相談を申し出る場合は、審査相談申出書、審査相談理由書の該当欄に必要な事項を記載し、国民健康保険診療報酬審査委員会会長あてに提出ください。

2 様式への記載

(1) 審査相談申出書

保険医療機関のコード番号、名称、所在地、開設者氏名、印、電話番号、FAX番号、事務担当者名、審査相談を希望される曜日と時間に○表示し、出席される医師の氏名等をご記入ください。

* 後日、事務担当者から日程調整の連絡をさせていただきます。

(2) 審査相談理由書

相談される内容をまとめて、ご記入ください。

3 その他

審査相談会場

神戸市中央区三宮町1丁目9番1-1801号

センタープラザ 15F

兵庫県国民健康保険団体連合会 面談室

* 専用駐車場はございません。

審査相談申出書

平成 年 月 日

国民健康保険診療報酬審査委員会会長 様

保険医療機関

コード番号

名 称

所在地 〒

開設者名 印

電 話 () ー

F A X () ー

事務担当者名

希望の曜日と時間 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土

14 : 00 ~ ・ 14 : 30 ~

15 : 00 ~ ・ 15 : 30 ~

16 : 00 ~

審査相談に出席される医師名

審査相談に出席される事務担当者名

審査相談理由書