

再 審 査 申 請 書

長崎県国民健康保険診療報酬審査委員会会長 様

医科・DPC 歯科・調剤・訪看	申請年月日 平成 年 月 日
--------------------	-------------------

保険医療機関名	診療科
	科

保険医療機関コード				

保険者番号 後期保険者番号	被保険者名	被保険者番号	診療年月	入外区分	請求点数
			年 月	入・外	点

処方箋発行機関コード				

上記患者に係る審査結果について疑義がありますので、再審査を申請します。

(再審査申請個所)	
再審査申立理由	

再 審 査 結 果 通 知 書

様

上記申請がありました再審査につきましては、下記の通り決定いたしましたので通知いたします。

平成 年 月 日

長崎県国民健康保険診療報酬審査委員会会長 (公印省略)

記

再審査所見	原審事由番号 ()		
再審査結果	1. 原審通り 2. 一部復活 3. 復活	復活点数	点

※ 上記再審査の増減点数(復活した点数)及び費用額等については、別紙の様式第1号-3(保険医療機関)をご参照ください

原審事由	①適応と認められません。	⑤疑い傷病名では認められません。	⑨傷病名と診療内容が不一致です。
	②過剰と判断します。	⑥レセプト上での説明不足です。	⑩発症年月日から判断して認められません。
	③重複と判断します。	⑦当該事項に関する規則・告示・通知に	⑪前回の診療から継続した診療と判断します。
	④該当傷病名がありません。(追加傷病名は認められません。)	照らして適当ではありません。	⑫他の医療機関での受診があります。
	⑧本症例に対して、当該薬剤は禁忌です。	⑬現在のところ、保険診療として認められません。	

《 再 審 査 申 請 書 記 載 方 法 》

- | | |
|--|--|
| 1. 一太線枠欄のみ記載してください。 | 項を○で囲んでください。 |
| 2. 再審査申請書は、レセプト1枚単位で作成してください。 | 5. 「診療科」欄は、再審査レセプトに該当する診療科を記載してください。 |
| 3. 処方箋による薬剤の査定については、「保険医療機関コード」欄ではなく、「処方箋発行機関コード」欄に記載してください。 | 6. 「再審査申請個所」欄は、査定された事項で再審査に付する項目を記載してください。 |
| 4. 「医科・DPC・歯科・調剤・訪看」欄、「入外区分」欄は、該当する事 | 7. 「再審査申立理由」欄は、申立内容を詳記してください。 |