【再審査･取下げ請求書】 の 作成要領

○ 再審査請求、取下げ請求 共通のルールについて

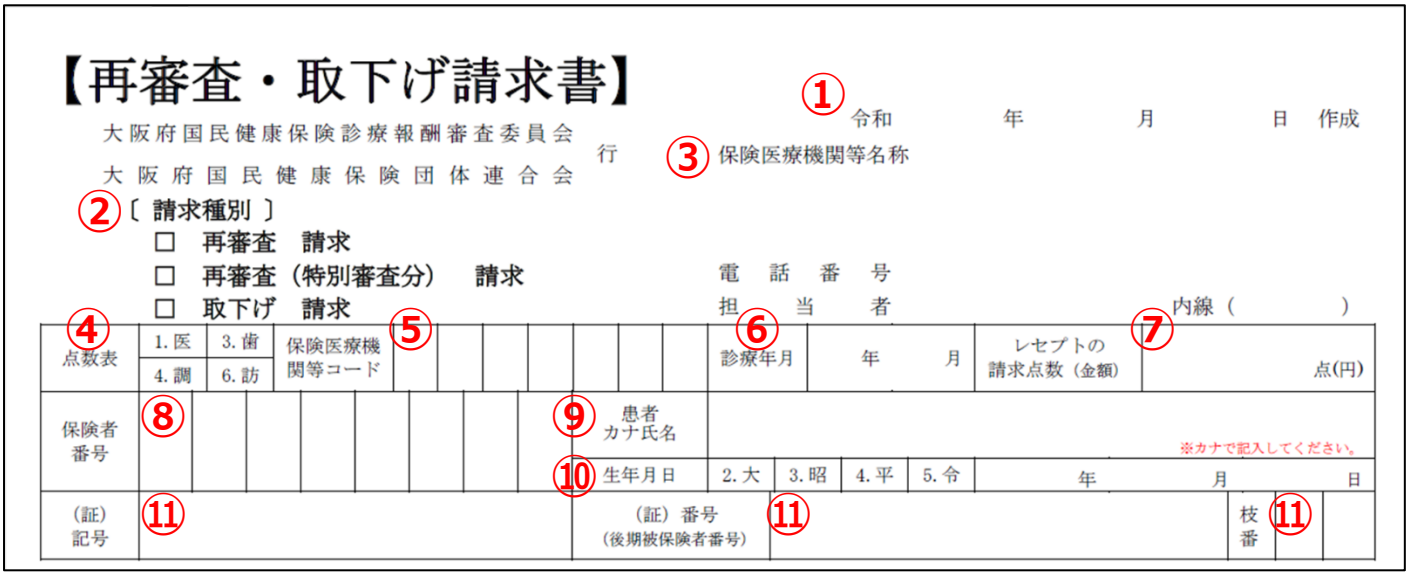
再審査又は取下げの請求を行う場合は、対象となるレセプト１件ごとに作成してください。また、同じレセプトに対して再審査と取下げの同時請求はできません。

オンライン請求で再審査･取下げ請求を行う場合は、『医療機関再審査等請求ファイル作成ツールを使用した【再審査･取下げ請求】の入力要領』を参照してください。

レセプトを請求した時点の内容を記入してください。

ただし、資格確認結果連絡書で振替･分割された通知がある場合は、振替先又は分割先の内容を記入してください。DX 審査支払機構へ振替･分割されている場合、本会で受付することはできません。

○ 再審査請求、取下げ請求 共通項目の記入について



① 再審査･取下げ請求書を作成した日付を記入してください。

② 再審査請求、再審査（特別審査分）請求、取下げ請求のいずれかの「□」に「✓」（チェック）を入れてください。

※ 特別審査分は国民健康保険中央会が作成した「増減点連絡書」又は「再審査結果連絡書」にて通知しているレセプトが対象です。特別審査分なのか不明な場合は再審査請求にチェックを入れてください。

③ 保険医療機関等名称、電話番号、担当者名、内線番号を記入してください。

④ 該当する点数表を「○」で 囲んでください。

⑤ 保険医療機関等コード ７ケタを記入してください。（県番 27、点数表（１桁）は記入しないでください。）

⑥ 診療年月を和暦で記入してください。（元号は不要です。）

⑦ 連合会に請求をした点数（金額※訪問看護のみ）を記入してください。

※ レセプトの請求点数（金額）欄に記載した点数（金額）を記入してください。

⑧ 保険者番号 ８ケタ を記入してください。

⑨ 患者氏名を「カナ」で記入してください。

⑩ 元号を「○」で 囲み、生年月日を記入してください。

⑪ 被保険者証の記号、番号を記入してください。（枝番の記入は必須ではありません。）

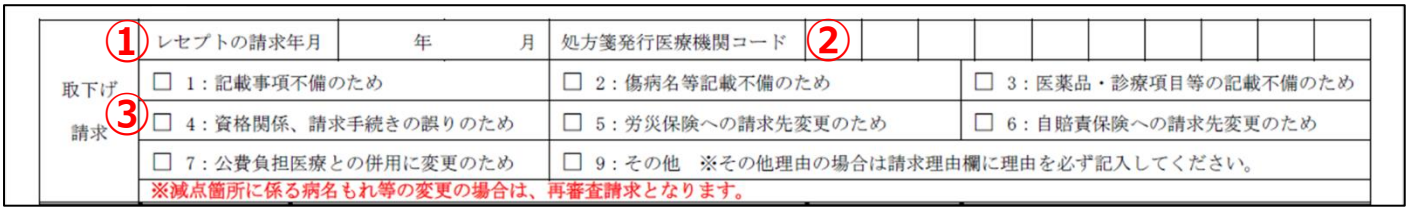
○ 再審査請求、取下げ請求　記入誤りについて

再審査請求、取下げ請求については迅速な対応が必要なことから、軽微な記入誤りがあった場合でもレセプトを特定できた場合、医療機関等へは連絡せずに記入された内容を本会にて読み替えて処理を行います。

レセプトを特定できない場合は、請求書の差戻し及び医療機関等への電話照会をさせていただきます。

○ 取下げ請求の項目の記入について

※　複数月の取下げ請求をする場合は、必ず月ごとに取下げ請求書を作成してください。



① レセプトの請求年月	年　月	処方箋発行医療機関コード ②	
取下げ請求 ③	☐ 1：記載事項不備のため	☐ 2：傷病名等記載不備のため	☐ 3：医薬品・診療項目等の記載不備のため
	☐ 4：資格関係、請求手続きの誤りのため	☐ 5：労災保険への請求先変更のため	☐ 6：自賠責保険への請求先変更のため
	☐ 7：公費負担医療との併用に変更のため	☐ 9：その他　※その他理由の場合は請求理由欄に理由を必ず記入してください。	
	※減点箇所に係る病名もれ等の変更の場合は、再審査請求となります。		



請求理由（詳細に記入してください。）
④

① レセプトを本会へ請求した年月を和暦で記入してください。（元号は不要です。）

② 調剤薬局の取下げ請求で、同月に同じ被保険者に対して複数の医療機関からの処方を行った場合に処方箋を発行した医療機関コード　10 ケタを記入してください。（県番、点数表（１桁）も必ず記入してください。）

③ 該当する取下げ請求理由の「□」に「✓」（チェック）を入れてください。

④ ③の取下げ理由が「9：その他」の場合は、必ず取下げ請求の理由を記入してください。

○ 取下げ請求等により減点されたレセプトを再請求する場合

減点箇所に異議がある場合は、減点前の状態にレセプトを補正してから再請求してください。

減点の状態のまま再請求された場合は、減点に異議がないものとして取り扱います。（再審査請求はできません。）

○ 再審査請求の項目の記入について

※　複数月の再審査請求をする場合は、必ず月ごとに再審査請求書を作成してください。
　　複数の通知書について再審査請求する場合は、必ず通知書ごとに再審査請求書を作成してください。



①	通知書の種類	☐ 増減点・返戻通知書		☐ 過誤・再審査結果通知書		通知書の作成日	②	年		月		日	作成分						
③	診療科			突合審査分 調剤薬局コード			⑤												
④	☐ 記載誤り（病名もれ等）による再審査請求			処方箋発行医療機関コード			⑥												
※突合の再審査請求の場合、調剤薬局コードを必ず記入してください。																			
		減　点　／　減　額		箇所	事由	減　点　内　容　※６項目以上の記入が必要な場合は、様式１に必要事項を記入のうえ添付してください。													
再審査請求	1	⑦																	
	2																		
	3																		
	4																		
	5																		
請求理由（詳細に記入してください。） ⑧																			

① 該当する通知書の「□」に「✓」（チェック）を入れてください。

② 通知書の右上に記載している日付を記入してください。

③ 減点された診療行為を行った診療科を記入してください。

④ 記載誤り（病名もれ等）による再審査請求の場合「□」に「✓」（チェック）を入れ、⑧の内容を必ず記入してください。

⑤ 突合審査分は、調剤薬局コード　10（７）ケタを記入してください。
（各通知書の備考欄に記載されている番号を記入してください。）

⑥ 調剤薬局の再審査請求の場合、処方箋を発行した医療機関コード　10（７）ケタを記入してください。
（各通知書の備考欄に記載されている番号を記入してください。）

⑦ 減点／金額・箇所・事由については通知書の通り記入し、減点内容については再審査請求する内容（薬剤名・検査名等）を記入してください。
※　請求項目が６項目以上の場合は、様式１【再審査請求書（6 項目以上）】を使用してください。

⑧ 再審査請求の理由を詳細に記入してください。
記載誤り（病名もれ等）による減点の場合は、「１:病名　２:診療開始日　３:診断内容（診断根拠を示すもの）４:症状（状態）」を診療録・検査データに基づき具体的に記入してください。
なお、従来使用しておりました「様式２」の提出は不要です。

○ 再審査請求に係るその他の留意事項について

各通知書の原本又はコピー及びコピーレセプトの添付は不要です。

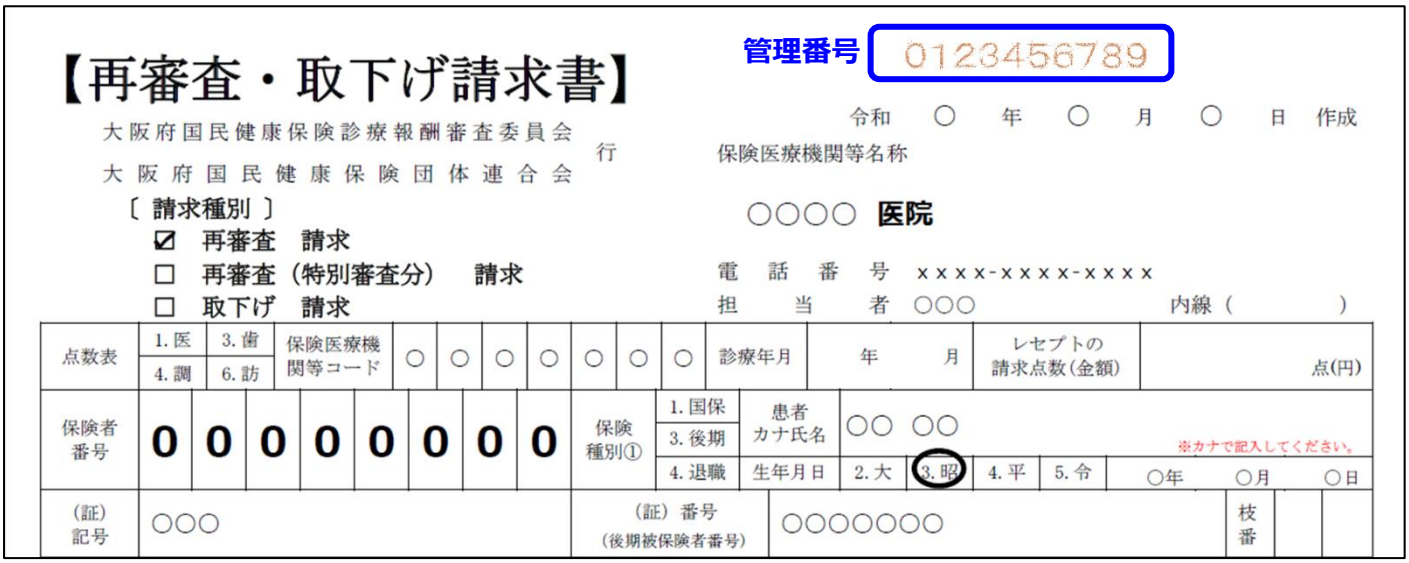
再審査請求については、毎月 10 日締め切り（必着）です。11 日以降の到着分は翌月扱いとなります。

※ 各通知書が届いた月から 6 か月を経過した場合の依頼は受付いたしかねます。

再審査請求の審査決定に対して再度の審査請求は認められません。

記入不備等で受付できなかった再審査・取下げ請求書については、再審査・取下げ依頼書をお返しします。その際、再審査・取下げ請求書の右上部（下図参照）に申出期限を管理する管理番号を付番しておりますので、必ず請求理由欄に「管理番号」を記入してください。管理番号の記入がない場合、申出期限が切れたものとして取り扱われる可能性があります。

・ 記入内容の不備等のため返却した再審査請求書



【再審査・取下げ請求書】

管理番号 0123456789

大阪府国民健康保険診療報酬審査委員会 行
大阪府国民健康保険団体連合会

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 作成

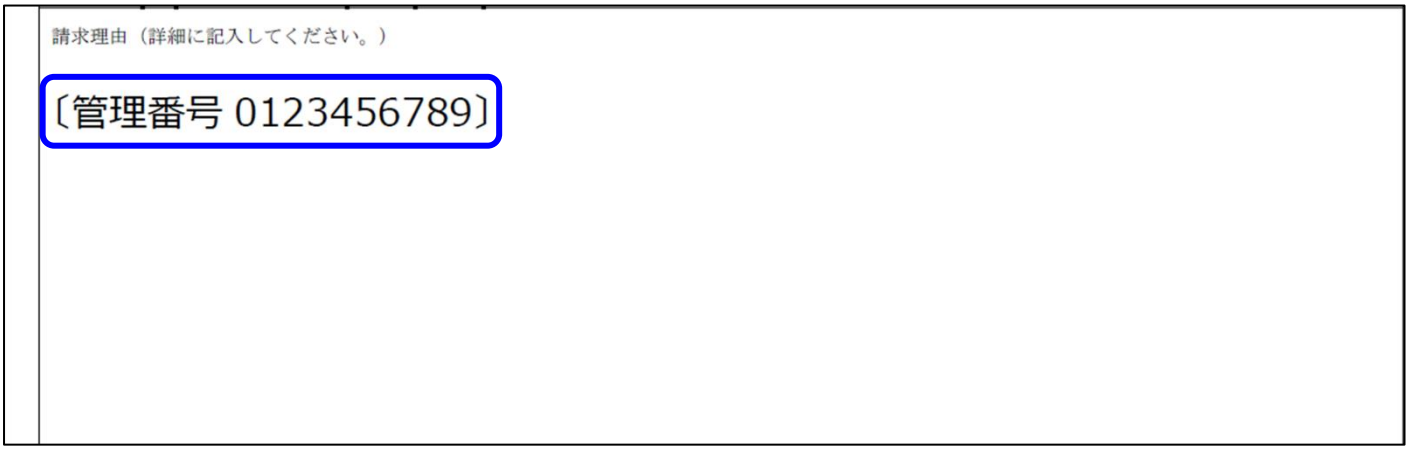
保険医療機関等名称 ○○○○ 医院

電話番号 xxxx-xxxx-xxxx
担当者 ○○○ 内線（ ）

〔請求種別〕
☑ 再審査 請求
☐ 再審査（特別審査分） 請求
☐ 取下げ 請求

点数表	1. 医 4. 調	3. 歯 6. 訪	保険医療機関等コード	○	○	○	○	○	○	○	診療年月	年 月	レセプトの請求点数（金額）	点(円)				
保険者番号	0	0	0	0	0	0	0	0	保険種別①	1. 国保 3. 後期 4. 退職	患者カナ氏名	○○ ○○ ※カナで記入してください。						
											生年月日	2. 大	3. 昭	4. 平	5. 令	○年	○月	○日
(証)記号	○○○								(証)番号（後期被保険者番号）		○○○○○○○					枝番		

・ 新たに作成された再審査請求書 （返却した再審査請求書を訂正して再提出する場合は不要です）

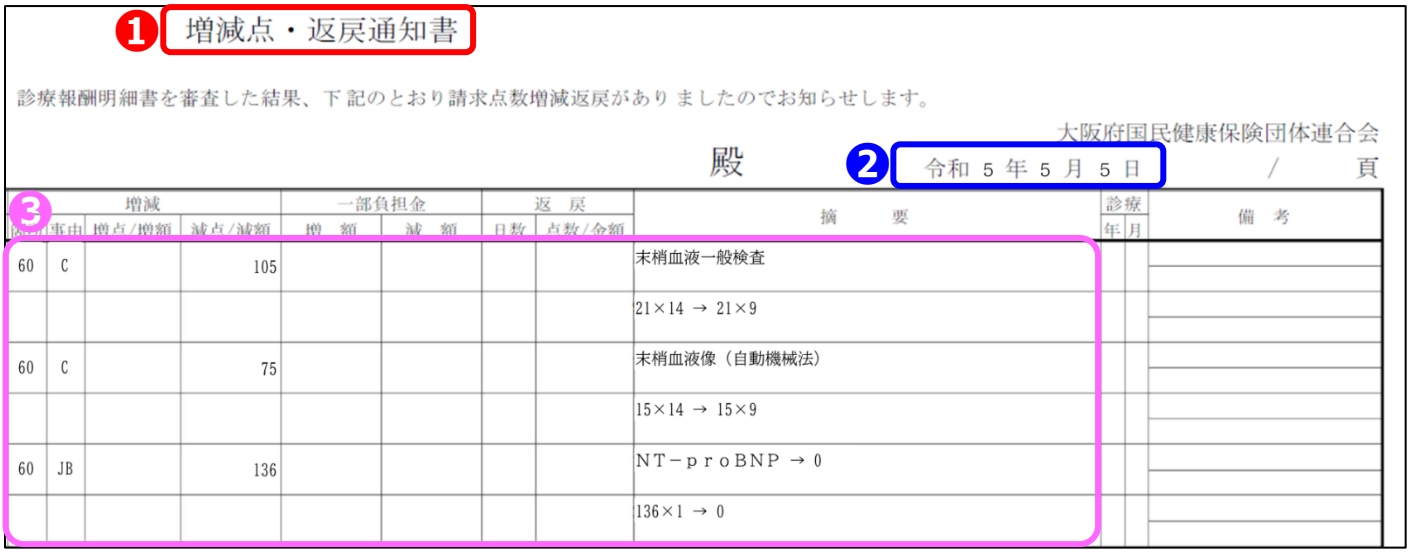


請求理由（詳細に記入してください。）

〔管理番号 0123456789〕

○ 再審査請求の記入例について

・ 増減点･返戻通知書（過誤･再審査結果通知書の場合も同様です。）



① 増減点・返戻通知書

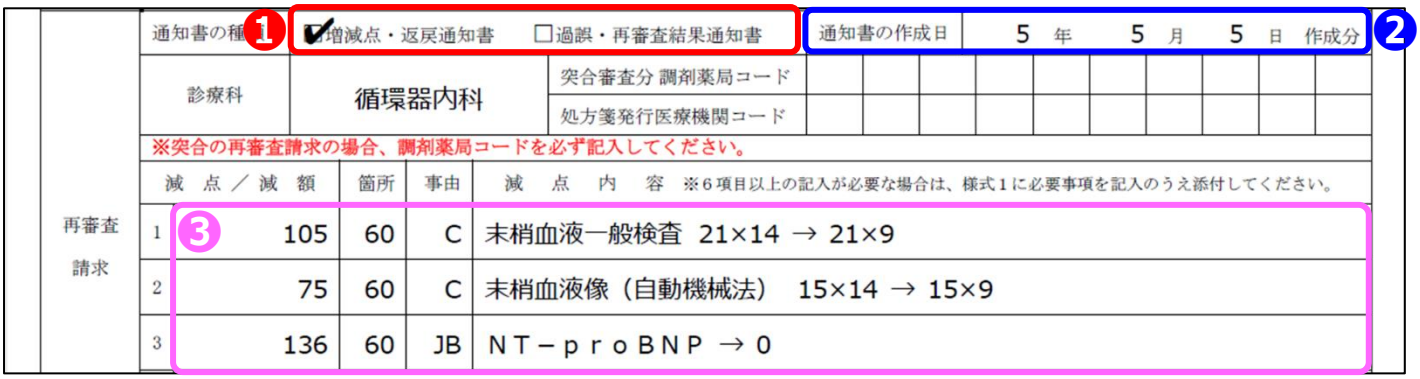
診療報酬明細書を審査した結果、下記のとおり請求点数増減返戻がありましたのでお知らせします。

大阪府国民健康保険団体連合会

殿　　② 令和 5 年 5 月 5 日　　/　　頁

③ 増減 事由	増減点/増額	増減点/減額	一部負担金 増額	一部負担金 減額	返戻 日数	返戻 点数/金額	摘要	診療 年	診療 月	備考
60 C		105					末梢血液一般検査			
							21×14 → 21×9			
60 C		75					末梢血液像（自動機械法）			
							15×14 → 15×9			
60 JB		136					ＮＴ－ｐｒｏＢＮＰ → 0			
							136×1 → 0			

・ 再審査請求書



通知書の種別 ① ☑増減点・返戻通知書 ☐過誤・再審査結果通知書　　通知書の作成日 5 年 5 月 5 日 作成分 ②

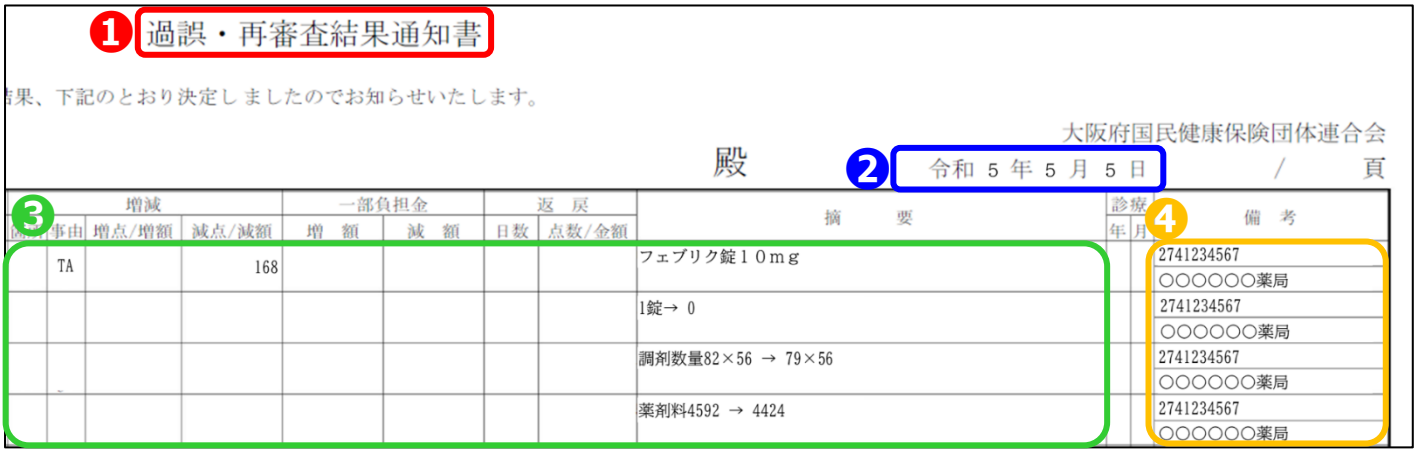
診療科：循環器内科　　突合審査分 調剤薬局コード：　　処方箋発行医療機関コード：

※突合の再審査請求の場合、調剤薬局コードを必ず記入してください。

再審査請求

	③ 減点／減額	箇所	事由	減点内容 ※6項目以上の記入が必要な場合は、様式1に必要事項を記入のうえ添付してください。
1	105	60	C	末梢血液一般検査 21×14 → 21×9
2	75	60	C	末梢血液像（自動機械法） 15×14 → 15×9
3	136	60	JB	ＮＴ－ｐｒｏＢＮＰ → 0

・ 増減点･返戻通知書　突合審査分（過誤･再審査結果通知書の場合も同様です。）



① 過誤・再審査結果通知書

果、下記のとおり決定しましたのでお知らせいたします。

大阪府国民健康保険団体連合会

殿　　② 令和 5 年 5 月 5 日　　/　　頁

③ 増減 事由	増減点/増額	増減点/減額	一部負担金 増額	一部負担金 減額	返戻 日数	返戻 点数/金額	摘要	診療 年	診療 月	④ 備考
TA		168					フェブリク錠１０ｍｇ			2741234567 ○○○○○○薬局
							1錠→ 0			2741234567 ○○○○○○薬局
							調剤数量82×56 → 79×56			2741234567 ○○○○○○薬局
							薬剤料4592 → 4424			2741234567 ○○○○○○薬局

・ 再審査請求書　突合審査分



通知書の種別 ① ☐増減点・返戻通知書 ☑過誤・再審査結果通知書　　通知書の作成日 5 年 5 月 5 日 作成分 ②

診療科：整形外科　　突合審査分 調剤薬局コード：2 7 4 1 2 3 4 5 6 7 ④　　処方箋発行医療機関コード：

※突合の再審査請求の場合、調剤薬局コードを必ず記入してください。

再審査請求

	③ 減点／減額	箇所	事由	減点内容 ※6項目以上の記入が必要な場合は、様式1に必要事項を記入のうえ添付してください。
1	168		TA	フェブリク錠１０ｍｇ 1錠→ 0
2				調剤数量 82×56 → 79×56
3				薬剤料 4592 → 4424

○ 再審査の結果通知について

再審査結果については、以下の通知書にてお知らせします。結果の詳細については、通知しませんのでご了承ください。

- 「 復活 」又は「 返戻 」
  過誤・再審査結果通知書 及び 国民健康保険過誤調整結果通知書・後期高齢者過誤調整結果通知書にて通知します。
- 「 原審 」
  国民健康保険過誤調整結果通知書・後期高齢者過誤調整結果通知書にて通知します。

● 国民健康保険過誤調整結果通知書 の 確認方法 （国保）



国民健康保険過誤調整結果通知書

令和 年 月請求分

国３

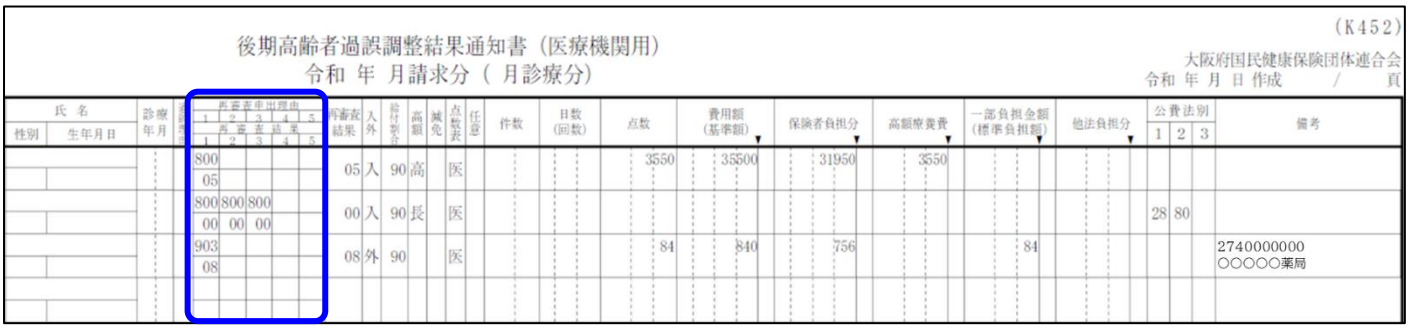
大阪府国民健康保険団体連合会

令和 年 月 日 / 頁

被保険者氏名 性別	生年	診療年月	コード	事由	保険	本家	割合	適用区分	高額	減免	点数表	種別	任意	割引	件数	日数／回数	点数	費用額（基準額）	保険者負担分	高額療養費	一部負担金 被保険者負担分	他公費負担分 国保優先	公費法別	備考
			216	201307	1	01	70	30	高		医			0	0		822	8,220	5,754	2,466				
			226	201307	1	06	70				医			0	0		2,663	26,630	18,641		7,989			2740000000
			214	201307	1	06	70				医		○	0	−1	−1	−266	−2,660	−2,128			−532	21	
			211	201307	1	07	80	30			医			0	0									

「 復活 」： コード〔201307〕 事由〔215、216、225、226〕
「 原審 」： コード〔201307〕 事由〔211、221〕
「 返戻 」： コード〔201307〕 事由〔214〕

● 後期高齢者過誤調整結果通知書 の 確認方法 （後期）



後期高齢者過誤調整結果通知書（医療機関用）

令和 年 月請求分（ 月診療分）

（K452）

大阪府国民健康保険団体連合会

令和 年 月 日作成 / 頁

氏名 性別	生年月日	診療年月	再審査申出理由 1	2	3	4	5	再審査結果	入外	給付割合	高額	減免	点数表	任意	件数	日数（回数）	点数	費用額（基準額）	保険者負担分	高額療養費	一部負担金額（標準負担額）	他法負担分	公費法別 1	2	3	備考
			800					05	入	90	高		医				3550	35500	31950	3550						
			800	800	800			00	入	90	長		医										28	80		
			903					08	外	90			医				84	840	756		84					2740000000 ○○○○○薬局

「 復活 」： 再審査申出理由〔800〕 再審査結果〔05、08〕
「 原審 」： 再審査申出理由〔800〕 再審査結果〔00〕
「 返戻 」： 通知書からは再審査請求の結果と判断することができませんので、返戻されたレセプト原本にて確認をお願いします

【問い合わせ先】
取下げ請求に関する内容 審査部 審査調整課 06-6949-5350
再審査請求に関する内容 審査部 審査管理課 06-6949-5353