〒

令和　　年　　月分 過誤・再審査結果通知書（後期高齢者医療）

(Z451)

過誤調整及び再審査の結果、下記のとおり決定し、令和　　年　　月　　日　支払いの施術療養費等から相殺しますのでお知らせします。

様

大阪府国民健康保険団体連合会
TEL　(06) 6949-5470

登録番号
団体名

データ区分	保険者番号等 保険者名等	制度	請求年月	施術年月	本家	レセプト管理番号	氏名	過誤理由	増減事由	増減箇所	再審査結果	増減支給額	返戻支給額	金額	摘要
							合計								返戻　　件

本家「8」の説明に
「高齢者8割給付」を追加

データ区分	3	過誤	4	再審査
本家	8	高齢者9割給付	0	高齢者7割給付

過誤理由（返戻）							
01	保険者番号相違	21	死亡喪失分	31	負担割合相違
02	性別、生年エラー	22	転出喪失分（他広域連合）	35	一部負担免除相違
03	年月エラー	23	生保加入分	37	重複請求
07	日数・点数エラー	24	その他喪失	38	医療機関取下げ
11	被保険証番号なし	25	取得前受診	39	その他
12	個人不特定	26	資格日数不足		
13	個人相違	27	資格証該当		

過誤理由（調整）	41～50

増減事由		
1	D	療養費の算定基準等から不適当と認められるもの
2	G	請求施術料金の計算が誤っているもの
3	K	その他

増減箇所	10	20	30	40	50	60	70	80	90
	初検	往療	整復	固定	施療	金属副子	後療	電法	その他

再審査結果コード	00	01	02	05
	原審	査定	返戻	復活

※　増減額に異議のある場合は、10日（連合会必着）までに再審査申出の手続きをしてください。
　なお、11日以降到着分については、翌日回しとなります。