

各保険医療機関等開設者様

佐賀県国民健康保険団体連合会

審査第1課長・第2課長

明細書返戻付せんの様式変更等に伴う再請求について（お願い）

診療報酬明細書等の請求につきましては、日頃から御協力をいただきお礼申し上げます。
さて、平成30年1月審査分から明細書返戻付せん様式を現在のシール式からA4版様式へ変更いたします。（※別紙参照してください。）

つきましては、本会へ再請求していただく際は、お手数ですが下記のとおり御協力いただきますようお願いいたします。

記

1 照会事項に対する回答につきましては、レセプトに記載してください。

※返戻付せんの余白部分には記載しないでください。

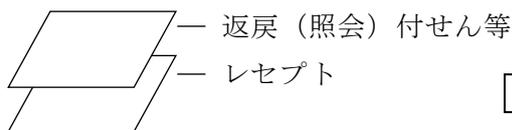
※レセプトに余白が無い場合は、任意の様式（A4版）に記載の上、再提出をお願いします。

2 再請求される際は、レセプトが最上部となるように綴じ直してください。

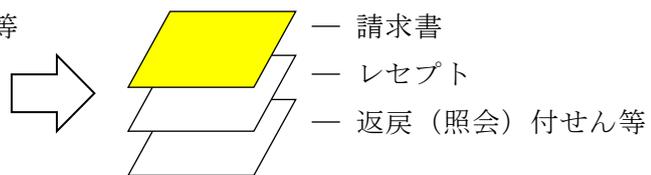
（のり・ホチキスの使用不可）

※返戻付せん等は、返戻となった各レセプトの最下部へ並びかえてください。

例) <<返戻時>>



<<再請求時>>



3 レセプトオンライン請求されている保険医療機関等の場合は、返戻レセプトデータをダウンロードして、内容を訂正の上、オンラインでの再請求をお願いします。

※オンラインで返戻レセプトを再請求するためには、ダウンロードした返戻レセプトデータの「読み込み」→「訂正」→「再請求用ファイルの出力」を行う「再請求機能」が必要となりますので、あらかじめレセコンベンダへ御確認ください。

4 問い合わせ先

○医科【1次審査】 審査第1課 医科第2係・第3係 TEL：0952-26-4183

【再審査】 審査第1課 医科第1係 TEL：0952-26-4182

○歯科【1次審査・再審査】 審査第2課 歯科係

○調剤【1次審査・再審査】 審査第2課 調剤・療養費係 } TEL：0952-26-4301

○過誤【医科・歯科・調剤共通】 審査第2課 支払係

返戻（照会）付せん（医科・事務）

別紙

医療機関コード・名称：○○○○○○○○ ○○病院

御中

診療科：

患者氏名：

受付番号：

この診療報酬明細書については、下記の理由により返戻いたしますので、整備のうえ、この付せんを貼付したまま、次回請求時にご提出ください。

返戻理由欄

診療 項目	一連 番号	項目 番号	返 戻 事 項
			例) 検査の必要性について、詳細をお知らせください。
<p>1 照会事項に対する回答につきましては、レセプトに記載してください。 ※返戻付せんの余白部分には記載しないでください。 ※レセプトに余白が無い場合は、任意の様式に記載の上、再提出をお願いします。</p> <p>2 再請求される際は、レセプトが最上部になるように綴じ直してください。 (のり・ホチキスの使用不可) ※当該返戻付せん等は、返戻となった各レセプトの最下部へ並びかえてください。 ※「返戻（照会）付せん（過誤・再審査）」「再審査等請求内訳票」「過誤調整依頼書」により返戻されたレセプトを再提出される際も、同様に綴じ直しをお願いします。</p>			

注意事項欄

1. 再提出の際は、この付せんを貼付して、翌月分に含めて再提出してください。
--

平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日

佐賀県国民健康保険診療報酬審査委員会
 佐賀県国民健康保険団体連合会