

診療(調剤)報酬明細書等 差替・返戻依頼書

岡山県国民健康保険団体連合会 御中

令和 年 月 日

保険医療 機関(薬局) 等情報 (必須)	機 関 コー ド	
	名 称	
	電 話 番 号	(担当者名)

下記の診療(調剤)報酬明細書等を ☐差替 ☐返戻 願います。(どちらかに☒) (必須)

点数表区分 (必須)	1:医科 2:DPC 3:歯科 4:調剤 6:訪看 9:柔整	入外区分 (必須)	1:入院 2:外来
		保険種別 (必須)	1:国保 3:後期
保険者番号 (必須)		記号・番号 (必須)	
公費負担者 番号①		公費負担者 番号②	
フリガナ		生年月日 (必須)	大正 昭和 年 月 日 平成 令和
氏名 (必須)			
レセプト情報 (必須)	診療年月	請求(提出)年月	請求点数
	令和 年 月	令和 年 月	点(円)
	令和 年 月	令和 年 月	点(円)
	令和 年 月	令和 年 月	点(円)
理由 (必須)	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・診療項目等記載不備のため 4:資格関係、請求手続き誤りのため 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 詳細理由 (必須) 具体的に差替えまたは返戻が必要な理由を記載してください。詳細理由がない場合、受付できません。		

- 【 共 通 】 ・差替、返戻前の(すでに国保連合会へ請求済みの)レセプト情報を記入してください。
- ※ 留 意 事 項
- 【差替依頼】 <提出期日> 県外保険者分・・・毎月15日必着 県内保険者分・・・毎月20日必着
※各期日が閉館日(土日祝)の場合、直前の平日必着。
- ・レセプトの差替をしますので、レセプト(添付文書含む)を添付してください。
- ・当月請求(提出)分のみ差替出来ます。
- 【返戻依頼】 ・レセプトの査定減点に関する(傷病名・コメントの追加等)返戻は出来ません。
- ※ ・レセプトの添付は不要です。
- ・到着日によっては翌々月以降での過誤返戻となります。

【提出先】〒700-8568 岡山市北区桑田町17-5
岡山県国民健康保険団体連合会 審査管理課
TEL : 086-223-8825