

# レセプト相談 (FAX用)

医療機関名：  
電話：  
担当者名：

標榜科：  
FAX：

- ① 社保：協会けんぽ・( ) 組合健保  
国保・市町村名 ( ) ・ ( ) 組合・後期高齢者
- ② 年齢： 歳 (男・女)                      ③ 診療月： 年 月
- ④ 当該月の実日数： 日                      ⑤ 過誤調整連絡書の発行日： 年 月 日
- ⑥ 病名・診療開始日 (査定・返戻関連の病名でなく、当該月のすべての病名と診療開始日)
- | 病名  | 診療開始日 | 病名  | 診療開始日 |
|-----|-------|-----|-------|
| ( ) | ( )   | ( ) | ( )   |
| ( ) | ( )   | ( ) | ( )   |
| ( ) | ( )   | ( ) | ( )   |
| ( ) | ( )   | ( ) | ( )   |
| ( ) | ( )   | ( ) | ( )   |

⑦ 減点・返戻の内容と先生のご意見

- ◎理由がわからない減点、納得がいかない減点など、明らかな事務的な手違い(記号番号の誤り等)以外の減点・返戻についてお知らせ下さい。審査の傾向を把握するとともに、不当なものについては支払基金・国保連へ改善を要望していきます。
- ◎不当な減点事例などは協会新聞に掲載し会員の先生方に情報として還元していきます。なお、回答も協会新聞紙上で行います。
- ◎記入スペースが足りない時は別紙をつけていただいで結構です。

**【送り先】長崎県保険医協会 FAX095-825-3893**  
**〒850-0056長崎市恵美須町2-3-2F 電話095-825-3829**