

審査に関する苦情等相談窓口への照会方法

審査に関する苦情等相談窓口にご照会される場合は、下記の事項を記載いただき、原則、電子メールによりご提出いただくことといたします。ファクシミリ又は郵送でご提出いただいても差し支えありません。

なお、ご照会に当たり、レセプトのコピーを添付される場合は、個人情報に係る部分を抹消するなど、個人情報の取扱いにご留意いただきますようお願いいたします。

記

1 記載事項

ご照会に対し回答するため必要となりますので、①から⑦までにつきまして、ご記載ください。

- ① 件名：ご照会の件名をご記載ください。
- ② 照会内容：審査の問題点に係る内容を具体的にご記載ください。また、必要に応じ、個人情報以外の診療情報（診療年月、年齢、性別、傷病名等）を併せてご記載ください。
- ③ 提出日：照会用紙を提出する日をご記載ください。
- ④ 提出者（団体）名：保険者名、医療機関名、薬局名又は団体名をご記載ください。
(回答送付先、保険者名等とさせていただきます。)
- ⑤ 所在地：ご提出者の所在地の郵便番号及び住所をご記載ください。
(回答送付先とさせていただきます。)
- ⑥ 担当者：ご照会いただいた担当者様の所属名、氏名をご記載ください。
(回答送付先、ご担当者様のお名前とさせていただきます。)
- ⑦ 照会に至った経過等：問題事例が現在まで解決できない経緯につきまして、都道府県事務局等の対応などを具体的にご記載ください。

2 照会用紙提出先

- ① 電子メールにより照会する場合
ア 医科・DPC・調剤 sinsasoudan@hpx.or.jp
イ 歯科 sinsasoudansika@hpx.or.jp
- ② ファクシミリにより照会する場合
03-3591-7268
- ③ 郵送により照会する場合
〒135-0061
東京都江東区豊洲2丁目1-9 豊洲セイルパークビル7・8階
医療情報基盤・診療報酬審査支払機構審査統括部
審査に関する苦情等相談窓口