

記入例

オンラインによる再審査等請求開始届

令和 8 年 1 0 月 1 日

医療情報基盤・診療報酬審査支払機構 御中

オンラインによる再審査等請求を下記のとおり開始します。

保 険 者 名	〇〇健康保険組合										
保 険 者 番 号	0	6	1	3	9	9	9	9	担 当 者	機構 太郎	
所 在 地	〒 1 2 3 - 4 5 6 7 東京都港区新橋 9 - 9 - 9										
電 話 番 号	0 3 - 1 2 3 4 - 5 6 7 8							F A X 番 号	0 3 - 9 8 7 6 - 5 4 3 2		
								メールアドレス	abcd0123@efg.or.jp		
年月のみの記入でも差し支えない。											
請 求 開 始 年 月 日	令和 8 年 1 2 月 1 5 日							毎 月 の 請 求 日	1 5 日		
シ ス テ ム ベ ン ダ 等	ベンダ名等	株式会社〇〇〇〇								予定がある場合に記入する。	
	担 当 者	機構 花子	電 話 番 号	0 3 - 5 4 3 2 - 1 2 3 4							
			メールアドレス	efgh987@ijk.or.jp							
備 考	特記事項等を記入する。 令和〇〇年〇〇月までは、資格関係分のみをオンラインにより再審査等請求する予定です。									※ 受 付 印	

【作成要領】

- 1 この様式は、オンラインによる再審査等請求を開始する一か月前までに、保険者が所在する都道府県の審査委員会事務局に提出してください。
なお、請求を開始する前に確認試験を実施願います。
- 2 「保険者名」欄には、保険者名又は実施機関名を記入してください。
- 3 「保険者番号」欄には、保険者番号又は実施機関番号を記入してください。
- 4 「請求開始年月日」欄には、請求を開始する年月日を記入してください。
なお、日付けが確定していない場合、年月のみの記入であっても差し支えありません。
- 5 「毎月の請求日」欄には、毎月、請求を行う予定日がある場合、記入してください。
- 6 「備考」欄には、特記する事項等がある場合、記入してください。
- 7 「※受付印」欄は、D X 審査支払機構使用欄ですので、記入の必要はありません。