

資料2 返戻理由

柔道整復療養費審査付箋

診療月	H 25 ヶ月	返戻番号		-00
返戻番号		合計金額	6,610	返戻金額
1	1 本件は、治療日を併記の上で提出して下さい。			
2	2 () の負担については、戻りの準備をしておりますので、戻り金額の併記の上で提出して下さい。			
3	3 初診年月日と治療日が不一致です。ご確認下さい。			
4	4 治療日指定が不明です。治療日に記載して下さい。			
5	5 医師情報提供届の受理を待機して下さい。			
6	6 手術又は処置について、適した治療名、治療日を併記の上で提出して下さい。 (手術 25年5月1日 手術後より、3割負担は所定料金の100分の60に相当する額により決定し、4割負担以降に係る費用については3割負担までの割合に引き上げます。)			
7	7 平成25年5月1日手術後より、3割負担は所定料金の100分の60に相当する額により決定し、4割負担以降に係る費用については3割負担までの割合に引き上げます。			
8	8 手術又は処置の費用について、ご確認の上で提出して下さい。			
9	9 平成25年9月1日手術後より、3割負担以上の負担が発生した場合、負担割合の記載が必要となります。すべての負担に対する負担割合を具体的に記載の上、提出して下さい。			
10	10 () の負担名の記載に際しては、負担の左・右・上・下・内・外を特定して下さい。			
11	11 () の負担名については、支給範囲外・指定外負担のためご確認下さい。			
12	12 () の負担に適用の適用割合は () が妥当と思われます。 () を適用した理由及び、手術部位を記入の上で提出して下さい。			
13	13 手術日数と治療日が不一致です。ご確認下さい。			
14	14 手術日と初診日が翌日ですが、治療費額を決定している理由を記載して下さい。			
15	15 本件は、負担日から初診日までかなり隔れていますので、その理由を併記の上で提出して下さい。			
16	16 治療費額より超過し、支給範囲による (親戚料・固定料・月額料) ほか材料料では? ご確認下さい。			
17	17 負担の承認について、ご確認の上で提出して下さい。①手術日と初診日と治療日、②負担名、③負担日			
18	18 平成25年5月1日手術後より、下記の事項について料金改定があります。ご確認の上で提出して下さい。 ①初診料、②再診料、③検査料、④治療日			
19	19			
20	20			
21	21			
22	22			
23	23			
24	24			
25	25			
26	26			
27	27			
28	28			
29	29			
30	30			
31	31			
32	32			
33	33			
34	34			
35	35			
36	36			
37	37			
38	38			
39	39			
40	40			
41	41 本件の休日加算は算定できません。(月 日は 曜日です。)			
42	42 当該 () 負担は、 () 負担との範囲の上で、算定出来ぬ超過部分の取り扱いとなります。			
43	43 本件の () ・ () 負担については、一部負担の算定となります。			
44	44 手術・処置を除いて、手足の手術は一手一足を単位とします。			
45	45 本件の () 負担については、治療日数の算定は認められません。			
46	46 医師情報提供届料金について 手術、手術又は処置に係る必要経費を行った後、保険医療機関に対して、医師の状況を示す文書を読み取った患者の紹介を行った場合に、初診日に限り算定できるものです。			
47	47			

日本医師会
25.9.2

東京都国民健康保険団体連合会柔道整復療養費審査委員会