

労災診療費の減額に対する再審査について

(2023.10 東京都版)

【概要】

労災保険診療費審査委員会（以下「委員会」という。）では、東京労働局長より委嘱を受けた委員により、労働者災害補償保険法に規定する療養の給付及び療養の費用請求書について、診療内容に関する医学的審査等を行なっています。

労災指定医療機関は、委員会における審査結果に対して、異議があるものについて再審査の依頼を行なうことができます。

【再審査を依頼する方法】

①次ページの再審査依頼書を印刷してください。

②再審査依頼書に必要事項を記入し、下記送付先へ郵送してください。

再審査依頼書の「再審査依頼の理由」については、できる限り詳細な記載をお願いします。

査定状況により、症状詳記や診療時の患者の状態、画像情報等を別紙で添えていただくことをお勧めいたします。

【送付先】

医療協会会員

〒101-0062

東京都千代田区神田駿河台2-5

東京都医師会館4階

東京労働保険医療協会

医療協会非会員

〒110-0005

東京都台東区上野1-10-12

商工中金・第一生命上野ビル5階

東京労働局 労働基準部 労災補償課分室

【本件についての問い合わせは】

東京労働保険医療協会

TEL: 03-5577-2960 FAX: 03-5577-2961

年 月 日

労災診療費の減額に対する再審査依頼書

労災指定番号

医療機関名

責任者氏名

No.	区 分	再審査依頼の理由
1	労働保険番号	
	生年月日	
	負傷発傷年月日	
	名前(フリガナ)	
	内訳書請求金額	
	支払額	
	診療費差額	
	支払年月日	
	※診療年月	
2	労働保険番号	
	生年月日	
	負傷発傷年月日	
	名前(フリガナ)	
	内訳書請求金額	
	支払額	
	診療費差額	
	支払年月日	
	※診療年月	
3	労働保険番号	
	生年月日	
	負傷発傷年月日	
	名前(フリガナ)	
	内訳書請求金額	
	支払額	
	診療費差額	
	支払年月日	
	※診療年月	

(注) 再審査依頼書は厚生労働省から送られる診療費支払振込通知書の各項目を間違えないよう転記して下さい。「※診療年月」は診療月を記入し、入院・外来の項目(「入・外」)に該当する方へ○印をして下さい。