

## 医療費不正請求の報告及び是正のお願い

貴局担当地域の医療機関で【2】の内容の不正と思われる診療報酬の請求が行われておりましたので、ここに報告するとともに、是正をお願い申し上げます。

添付はその際に支払った医療費明細書の控えになります。

記

## 【1】受診者名および受診医療機関

(1)氏名		(2)性別	(3)生年月日	
(ふりがな)		男 女	昭和 平成	年 月 日
(姓)	(名)			
(4)住所				
(〒 - )				
(都道府県)		(市区郡)	(町番地)	
(5)電話番号	(6)保険者番号	(7)記号	(8)番号	
(9)受診医療機関名称		(10)受診医療機関所在地		
(11)受診日		(12)購入したコンタクトレンズ販売店名		
平成 年 月 日				

## 【2】不正の経緯と不正の内容

項目	不正の経緯と不正の内容
1	
2	
3	
4	

以上のとおり、【1】(9)に記載した医療機関は、不正な診療報酬を【1】に記載した受診者に請求しているため、残りの診療報酬を月次のレセプト請求に回している可能性があります。

このような不正な診療報酬の請求に対して、詳細なる調査及び厳正たる対処をお願い申し上げます。

以上

※本紙の記入手順について：

(1)本紙1ページ目【1】を以下の記入例を参考にして(10)以外ご記入ください。

【1】受診者名		(2)性別	(3)生年月日
(1)氏名 (ふりがな) 不 正 (姓) 太 郎	(名) たろう	男	昭和 63年 1月 1日
(4)住所 (〒 111-2222 ) 東京 港区 港町3-3-3			
(5)電話番号 090-1111-2222	(6)保険者番号 01010011	(7)記号 11010203	(8)番号 123456
(9)受診医療機関名称 港町三丁目眼科医院	(10)受診医療機関所在地 ※記入不要です※		
(11)受診日 平成 25年 12月 6日	(12)購入したコンタクトレンズ販売店名 ○×コンタクト港町店		

健康保険 本人(被保険者) 00123  
被保険者証 平成20年10月14日交付

記号 11010203 番号 123456

氏名 健保 太郎  
生年月日 昭和 49年 5月 24日 性別 男  
資格取得年月日 平成 20年 10月 10日

事業所所在地 港区〇〇〇1-2-3  
事業所名称 〇〇株式会社  
保険者番号 〇1010011  
保険者名称 全国健康保険協会 〇〇支部  
保険者所在地 〇〇市〇〇区〇〇町〇-〇-〇

(2)以下の質問にお答えください。

1. 【1】の(9)に記入した眼科での受診は初めてでしたか？ ( はい いいえ )

※「いいえ」の方のみ覚えていた範囲でお答えください：

①以前この眼科でコンタクトレンズを処方されたことありますか？ ( はい いいえ )

②(①の回答に関わらず)前回の受診はどのくらい前でしたか？ ( )くらい前

③前回と今回とで院長先生は同じ先生でしたか？

( はい、同じ院長でした いいえ、違う院長でした よく分かりません )

2. 今回の受診の目的はコンタクトレンズの処方でしたか？ ( はい いいえ )

3. 何か眼病等の症状があるとされましたか？ ( はい いいえ )

※「はい」の方のみ： どういう事を主治医や医療機関従事者に言われましたか？

4. 今回の不正について、一般社団法人医療費を守る会を代理人として、担当地方厚生局への報告と是正請求に同意いたしますか？ ( はい いいえ )

※「はい」の方は、当法人で内容を最終的に精査した上で、不正の是正請求が可能な場合、ご協力謝礼金壹萬円をお振込みさせていただきます。下の(記入例)をご参考に全てご記入ください。

日 付		署 名			
平成	年	月	日		
銀行名	支店名	口座番号			口座名義
		普通			
連絡用メールアドレス					
		<input type="checkbox"/> docomo.ne.jp <input type="checkbox"/> mopera.net <input type="checkbox"/> dwmil.jp <input type="checkbox"/> softbank.ne.jp <input type="checkbox"/> i.softbank.jp <input type="checkbox"/> disney.ne.jp <input type="checkbox"/> ezweb.ne.jp <input type="checkbox"/> その他(↓) @ ( )			

(記入例)

※口座名義はカタカナでご記入ください。

※日付は記入した日で結構です。

日 付		署 名								
平成 25年	12月	5日	不 正 太 郎							
銀行名	支店名	口座番号			口座名義					
東京三菱UFJ	港町支店	普通	1	2	3	4	5	6	7	フセイタロウ
連絡用メールアドレス										
tarou123456		<input type="checkbox"/> docomo.ne.jp <input type="checkbox"/> mopera.net <input type="checkbox"/> dwmil.jp <input type="checkbox"/> softbank.ne.jp <input type="checkbox"/> i.softbank.jp <input type="checkbox"/> disney.ne.jp <input type="checkbox"/> ezweb.ne.jp <input type="checkbox"/> その他(↓) @ ( )								

(3)最後にご確認ください。

◆本用紙に記入漏れがないか今一度ご確認ください。 ◆お預かりした個人情報は是正請求以外の目的に使用しません。

◆『医療費明細書(領収書)の原本かコピー』を同封の上、本紙2枚と共に以下のあて先に投函してください。

【あて先】 〒113-0033 東京都文京区本郷3丁目34-3-5階

一般社団法人 医療費を守る会