

再 審 査 等 請 求 書

平成 年 月 日

福島県国民健康保険団体連合会 御中

保険医療機関の
所在地及び名称
開設者氏名
電話番号

(印)

再 審 査
下記理由により、診療報酬明細書を
取 下 げ 願 います。

1	医療機関コード		明細書区分	一般・退職・後期
2	保険者番号		記号・番号	
3	公費負担者番号 市町村番号		受給者番号	
4	旧総合病院 診療科	診療 年月	請求 年月	年月 入院・外来 区分
5	再審査等対象種別	1 一次審査 2 調剤審査 3 再審査	対象が再審査の場合 再審査決定年月	年月
6	フリガナ 被保険者氏名	生 年 月 日 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成		性別 1. 男 2. 女
7	請求点数	点	一部負担金	円
	食事療養費	円	標準負担額	円
8	再審査対象種別が調剤突合審査時の「相手方薬局」 (増減点・返戻通知書、過誤・再審査結果 通知書の備考欄に記載の薬局名称など)		薬局コード	
			薬局の名称	
9	No.	減点点数(金額)	減点事由及び箇所	減 点 内 容
	①	点(円)		
	②	点(円)		
	③	点(円)		
請求内容				
注) 1) 再審査または取下げの対象となる明細書1件ごとに1枚で作成願います。 2) 請求理由は詳細にご記入願います。				