

# 再 審 査 請 求 書

平成 年 月 日

栃木県国民健康保険診療報酬審査委員会様

保険医療機関等の  
所在地及び名称  
開設者氏名

㊞

下記の理由により、診療報酬等明細書を再審査願います。

1	点数表	1. 医科 4. 調剤	3. 歯科 6. 訪問	医療機関等 コード		総合病院 診療科
2	診療年月	請求年月	本家入年月	外区分	1.本入 3.六入 5.家入 7.高入一 9.高入7 2.本外 4.六外 6.家外 8.高外一 0.高外7	1.一次審査 2.調剤審査 3.再審査
3	再審査等対象種別が調剤 審査のとき「相手方薬局」		薬局コード		(都道府県)	
			薬局の名称			
4	保険者番号				記号・番号	
5	公費負担者番号				受給者番号	
6	フリガナ				生年月日	写の有無
	患者氏名				1.明治 2.大正 3.昭和 4.平成 年 月 日	1 2 有・無
7	請求点数(金額)	点(円)		薬剤一部負担	円	一部負担金 円
	食事療養費	円		標準負担額	円	
8	No.	減点点数(金額)		増減事由及び箇所		減点内容
	①	点(円)				
	②					
	③					

請求理由

国保連 使用欄	1.復活 3.原審どおり	2.一部復活 4.保留	増減点	備考	
------------	-----------------	----------------	-----	----	--