

再 審 査 申 出 書

石川県国民健康保険団体連合会 御中

平成 年 月 日

機 関 コ ー ド

保 険 医 療 機 関 名

請 求 者 名

印

下記理由により、診療報酬明細書を再審査願います。

保 険 者 番 号		記 号 ・ 番 号 被 保 険 者 番 号		入 院 ・ 外 来
市 町 村 番 号		受 給 者 番 号		一 般 ・ 退 職 ・ 老 人 ・ 後 期 高 齢
公 費 負 担 者 番 号		受 給 者 番 号		本 人 ・ 家 族 ・ 未 就 学 児 ・ 70 歳 以 上
				7 ・ 8 ・ 9 割
診 療 年 月	年 月	診 療 科	科	医 科 ・ 歯 科 ・ 調 剤 ・ 柔 整
被 保 険 者 氏 名		減 点 点 数		点
請 求 点 数		点	患 者 負 担 額	円
食 事 基 準 額		円	食 事 負 担 額	円

減点内容

申出理由

結 果	復 活 ・ 一 部 復 活 ・ 原 審 ど お り
-----	---------------------------

(原審理由)
