

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)

下記事由により、診療報酬明細書を再審査
取下げ 願います。

1	医療機関コード		明細書区分	一般・退職・老人	
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	年 月	請求 年月	年 月
				入外 区分	入院・外来
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	生年月日			性別
	被保険者氏名	1.明治 2.大正 3.昭和 4.平成 年 月 日			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審査時の「相手方薬局」		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)			
請求理由					
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。					