

再審査等請求書

愛媛県国民健康保険診療報酬審査委員会 御中

平成 年 月 日

保険医療機関等の
所在地及び名称
開設者氏名
電話番号

下記理由により、診療報酬等明細書を 再審査
取下げ 願います。

1	点数表	1 医科 5 施設	3 歯科 6 訪問	4 調剤	医療機関等コード				旧総合病院 診療科							
2	診療年月	年 月	請求 (調整) 年月	年 月	明細 区分	1.単独 2.併用 3.後期高齢	1=本人入院 4=6歳入院外 5=家族入院 8=入院外-	2=本人入院外 6=家族入院外 9=入院7割	3=6歳入院 7=入院-	0=入院外7割	再審査等 対象種別	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		(都道府県番号)											
			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 有 2 無						
7	請求点数 (金額)						点(円)	一部負担金		円						
	食事療養・生活療養 請求金額						円	標準負担額		円						
8	No.	減点点数(金額)		減点事由及び箇所			減点内容									
	①	点(円)														
	②															
	③															
請求理由(取下げ理由)																

(処理結果)	1原審どおり 2復活 3一部復活
再審査決定理由	