

再 審 査 依 頼 書

平成 年 月 日 作成

青森県国民健康保険団体連合会 御中

保険医療機関等名称	
電話番号	() -

下記理由により、診療報酬明細書を **再審査** 願います。

1	医療機関等 コード	県番号		1医科 4調剤 3歯科 6訪問	医療機関等番号					再審査等 対象種別	1 一次審査	明細書 種別	1 単独 2 併用 (公費等有)		
		0	2											2 突合審査	3 再審査
2	診療 年月	平成 年 月		請求 (調整) 年月	平成 年 月		明細書 区分	01 本人・入院 06 家族(家族)・入院外 02 本人・入院外 07 高齢者一般・入院 03 家族(6歳)・入院 08 高齢者一般・入院外 04 家族(6歳)・入院外 09 高齢者7割・入院 05 家族(家族)・入院 00 高齢者7割・入院外							
3	再審査等対象種別が突合審査のときの 「相手方薬局」							薬局コード	県番号		4調剤	薬局番号			
								0	2	4					
								薬局名称							
4	保 険 者 番 号								記号		番号				
	【後期用】 保 険 者 番 号		3	9					【後期用】 番 号						
5	フリガナ								生 年 月 日						
	患 者 氏 名								1 明治	2 大正					
								3 昭和	4 平成	年 月 日					
6	請求点数 (金額)								点 (円)						
7	No	減点点数 (金 額)			減点事由	減点箇所	減点内容								
	①	点 (円)													
	②														
	③														
	④														
8	再審査依頼の理由 (※病名の欠落・記載誤り等による減額査定分は対象となりません。)														