

再審査請求書

年 月 日

千葉県国民健康保険団体連合会理事長 様

請求者

医療機関コード

保険医療機関等の

所在地及び名称

開設者 氏名

印

年 月審査の決定について、下記の理由により再度の考案を請求いたします。

記

1. 診療（調剤）報酬明細書の主要事項

被保険者氏名	生年月日	診療月	入院・入院外
	明・大・昭・平 年 月 日	年 月	処方箋交付 有・無
医療種別	国保・退職・後期高齢	請求点数	点
保険者番号		被保険者証の 記号・番号	
後期高齢者 保険者番号		被保険者証の 番 号	
公費負担者番号		受給者番号	

2. 再審査請求理由

査定内容	
再審査請求理由	

備考

- （1）明細書は、本会が保険者・広域連合から取り寄せます。
- （2）再審査請求に必要な関係資料がある場合は、添付して下さい。
- （3）この請求書は、明細書1件ごとに作成して下さい。