

# 【再審査・取下げ依頼書】

平成 年 月 日

大阪府国民健康保険診療報酬審査委員会 行  
大阪府国民健康保険団体連合会

(依頼種別) 保険医療機関等名称

- 取下げ  
 再審査 (書面)  
 再審査 (面談)

電話番号

担当者

内線 ( )

点数表	1. 医 3. 歯 4. 調 6. 訪	保険医療機関 等コード							制度	後期 単独	国保 併用	退職	診療科		
診療年月	年 月	請求年月 (月遅れの場合)	年 月	処方せん発行 保険医療機関コード											
保険者番号								(証) 記号				(証) 番号			
フリガナ								生年 月 日	1. 明 2. 大 3. 昭 4. 平	年 月 日	入外 区分	入院・外来			
レセプトの 請求点数(金額)	点(円)							公費 負担者番号					公費 受給者番号		

取  
下  
げ  
依  
頼

理由  
1. 被保険者資格等修正 [ 給付割合 ・ 制度 ・ 記号番号 ・ 一部負担金 ・ 公費負担者番号 ]  
2. 他保険該当 [ 社会保険 ・ 生活保護 ・ その他 ( ) ]  
3. その他 (具体的に記載してください)

※記載誤り (病名もれ等) による減点の場合は、再審査依頼となります。

再  
審  
査

通知書の種類	<input type="checkbox"/> 増減点・返戻通知書	<input type="checkbox"/> 過誤・再審査結果通知書	(平成 年 月 日作成分)
減点点数(金額)	記号	箇所	内 容
1			
2			
3			

※4項目以上の記載が必要な場合は、様式1【再審査依頼書(4項目以上)】に必要事項を記載のうえ添付してください。

査  
依  
頼

突合 審査分	保険調剤 薬局コード							保険調剤 薬局名称	
-----------	---------------	--	--	--	--	--	--	--------------	--

理由 (詳細に記載してください)

※再審査依頼において、記載誤り (病名もれ等) による減点の場合は、様式2【記載誤り (病名もれ等) による連絡書】に必要事項を記載のうえ添付してください。

※再審査依頼については、毎月10日締切 (必着) です。11日以降の到着分は翌月扱いとなります。