

受理年月日	受付担当者	管理番号
※	※	※

※国保連合会使用欄

申 出 年 月 日	平成 年 月 日
-----------	----------

山梨県国民健康保険  
診療報酬審査委員会会長 殿

保険医療機関等コード	
保険医療機関等の 所在地及び名称 開設者氏名	印
担 当 者	
電 話 番 号	

## 再 審 査 申 出 書

下記患者にかかる審査結果について、疑義がありますので再審査の申出をいたします。

結 果 通 知 種 別	一次審査 ・ 再審査
結 果 通 知 日 付	平成 年 月 日付け

保 険 者 番 号	被 保 険 者 名	被保険者証記号番号	
診 療 月	入 外 区 分	保 険 種 別	請 求 点 数 (円)
平成 年 月診療分	入院 外来	一般 ・ 退職 ・ 後期	点(円)

傷 病 名	
申 出 箇 所	
申 出 理 由	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----

※資格に係わる取り下げにつきましては【診療報酬明細書等取り下げ依頼書】にて申出をお願いいたします。