

# 愛知県国民健康保険診療報酬審査委員会 御中

保険医療機関等の  
所在地及び名称  
開設者氏名  
電話番号

印

## 再 審 査 請 求 書

下記理由により、診療(調剤)報酬明細書を再審査願います。

国保連合会用

1	点数表 区分	1. 医科 4. 調剤	3. 歯科	医療機関 (薬局) 番号								(旧)総合病院 診療料			
2	診療 (調剤) 年月	年 月	請求 (調整) 年月	年 月	明細書 区分	1国保 4退職	3後期	1本入 2本外	3六入 4六外	5家入 6家外	7高入- 8高外-	9高入7 0高外7	再審査 等対象 種別	1 原審査 2 再審査	
3	相手方薬局又は処方 せん発行医療機関 <sup>※1</sup>		薬局(医療機関)コード			(都道府県名 )									
			薬局(医療機関)の名称												
4	保険者番号				記号・番号										
5	公費負担者番号①				受給者番号①										
6	公費負担者番号②				受給者番号②										
7	フリガナ				当初請求点数							点			
	氏名											当初請求食事療養費			
8	性別		1.男 2.女		生年月日				1明 3昭	2大 4平	. . 生				
9	減点点数			減点事由及び箇所			減 点 内 容								
	①														
	②														
	③														
	④														
	⑤														

※1再審査請求内容が処方せんに係る薬剤等の場合(突合点検)・・・相手方薬局の情報を記載  
再審査請求内容が調剤報酬の場合・・・処方せん発行医療機関の情報を記載

請求理由

※詳細にご記入ください。

再 審 査 結 果

1 復活      2 一部復活      3 原審      4 返戻      5 振替