

京都府国民健康保険団体連合 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



再 審 査 請 求 書

下記理由により、診療報酬明細書を再審査願います。

1	点数表	1 医科 3 歯科 4 調剤 6 訪問看護	医療機関等 コード		旧総合病院 診療科		
2	診療年月	年 月	請求(調整)年月	年 月	明細書区分	1国保 3後期 4退職 3老健	※入・外等区分コード
	給付割合	[国保]9,8,7 [退職]本・家		再審査等対象種別	1 一次審査 2 調剤審査 3 再審査		
3	再審査等対象種別が調剤 審査のとき、「相手方薬局」		薬局コード		(府県)		
			薬局の名称				
4	保険者番号				記号・番号		
5	公費負担 者番号・ 市町村番号				受給者番号		
6	フリガナ		生年月日		当初請求 点数(金額)	点(円)	写の有無
	氏名		1 明 2 大 3 昭 4 平	年月日	当初請求 食事療養費	円	1 2 有・無
7	減点点数(金額)		減点事由及び箇所		減点内容		
	① 点(円)						
	②						
	③						
	④						
	⑤						

請求理由

受 付 印 欄

※入・外等区分コード

- 1:本人入院 2:本人外来 3:六歳入院 4:六歳外来 5:家族入院
6:家族外来 7:高入一 8:高外一 9:高入7 0:高外7