再審査等請求書

平成　　年　　月　　日

鳥取県国民健康保険団体連合会　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
担当者名

下記理由により、診療報酬等明細書を 再審査／取下げ 願います。

1	点数表	1 医科　3 歯科　4 調剤 6 訪問	医療機関等コード	

2	診療年月	年　月	請求（調整）年月	年　月	明細書区分	1 単独 2 併用 3 老健	1=本人入院　2=本人外来　3=未就学者入院 4=未就学者外来　5=家族入院　6=家族外来 7=高齢者入院一般　8=高齢者外来一般 9=高齢者入院７割　0=高齢者外来７割	再審査等対象種別	1 一次審査 2 突合再審査 3 再審査

3	再審査等対象種別が「２　突合再審査」のとき、相手方薬局	薬局コード	（ 都道府県　　）
		薬局の名称	

4	保険者番号		記号・番号	・
5	公費負担者番号		受給者番号	

6	フリガナ		生年月日	写の有無
	患者氏名		1 明治　2 大正 3 昭和　4 平成　年　月　日	1　2 有・無

7	請求点数（金額）	点(円)		一部負担金	円
	食事・生活請求金額	円	標準負担額	円	

8	No.	減点点数（金額）	減点事由及び箇所	減点内容
	①	点(円)		
	②			
	③			
	④			

【再審査請求理由】

【取下げ理由】

該当の番号を〇で囲み、（　）の該当に〇または理由を記載ください。

※減点内容に関する申立ては、再審査にてお願いいたします。

1 制度変更　（ 国保　退職　後期高齢者 ）

2 保険変更　（ 他保険者　社保　労災　生保 ）

3 負担割合変更　（　　割 →　　割）

4 その他　（　　　　）

※再審査結果欄

No.	再審査結果	原審理由	摘要
1	復活・原審		
2	復活・原審		
3	復活・原審		

※備　考

※連合会使用欄

注　「再審査結果欄」、「※備考」欄及び「※連合会使用欄」については、連合会で使用しますので、何も記入しないでください。