

保険医療機関の所在地  
及び名称  
開設者氏名  
電話番号

印

再審査申請  
取下げ依頼 についてこのことについて、高齢者医療確保法施行規則第80条の規定に基づき  
関係書類を添付して下記のとおり再度の考案を求めます。

診療年月	平成 年 月診療分	被保険者名	
保険者名	後期高齢者医療広域連合	被保険者番号	
保険者番号	3 9	診療科	
入外区分	入院 ・ 外来	請求点数	
申 立 理 由			

## 再審査部会決定

--

## 審査委員会決定

--

再審査結果	結果コード	事由コード	箇所コード	増減点数(金額)	増減項目	保険	公1	公2	公3	内容コード

## 再審査結果コード

00 原審	01 査定	02 返戻	03 医科・歯科から査定	04 調剤から査定
05 復活	06 再審査対象外	07 参考	08 医科・歯科から復活	09 調剤から復活

※太枠内のみ記入してください。