

## 再 審 査 申 請 書

大分県国民健康保険診療報酬審査委員会

会 長 殿

所 在 地  
名 称  
申 請 者 氏 名

印

下 記 の 件 に つ き 再 度 の 考 案 を 申 請 す る  
記

申請明細書	医科・歯科・調剤・訪看・柔整	診療年 年 月	年 月	科別	
医療機関コード (申請者)				記号・番号	
保険者番号				患者氏名	
保険者名 (市町村名)					入院・入院外
公費負担者番号・ 市町村番号				請求点数	
受給者番号					
増減点・返戻 通知書年月日	年 月 日付	過誤・再審査 通知書年月日	年 月 日付		
再審査等対象種別が 処方せん審査のとき 「相手方薬局」	薬 局 コ ー ド				
	薬 局 の 名 称				
査定内容					
申請理由					

※上記の再審査申請書に対する結果は、下記のとおりです。

再審査処理結果			
全部復活	一部復活	原審どおり	その他
所 見 欄	申し出の内容について審議の結果 1. (適用でない・過剰・不必要・重複)と決定しました。 2. 一部について不相当と決定しました。 3. 再審査における病名(症状)追加、請求漏れの追加は、原則として認めない事しております。 4. その他		
大分県国民健康保険診療報酬審査委員会			