

(医療機関用)

申出日	平成	年	月	日
-----	----	---	---	---

### 再審査申出書

沖縄県国民健康保険  
診療報酬審査委員会会長 殿

医療機関コード：  
\_\_\_\_\_  
医療機関名：  
\_\_\_\_\_  
開設者氏名：  
\_\_\_\_\_  
電話番号：  
\_\_\_\_\_

診療報酬明細書のうち、下記の患者にかかる審査結果について疑義がありますので、再審査申出をいたします。

診療年月	平成	年	月	診療
------	----	---	---	----

患者氏名		性別	男・女	
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日

保険者番号 (国保)			4	7	0				
証番号 (国保)									

請求点数		点
査定点数		点

保険者番号 (後期高齢者)	3	9	4	7					
被保険者番号 (後期高齢者)									

本

再審査申出理由	
---------	--