

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 等 請 求 書

再審査
下記理由により、診療報酬明細書を 願います。
取下げ

1	点数表	1.医科 3.歯科 4.調剤 5.重度6.ひとり親 9.訪問	医療機関 等コード		(旧)総合病 院診療科				
2	診療 年月	年 月	請求年月 (調整年月)	年 月	明細書 区分	1.一般 2.退職 3.老健 4.後期	1.入院 2.外来	再審査 対象種別	1.一次審査 2.再審査
3	保険者番号					記号・番号 被保険者番号			
4	公費負担者番号 (市町村番号)					受給者番号			
5	フリガナ					生 年 月 日	老健・後期(税区分)		
	患者氏名					1.明治 2.大正 3.昭和 4.平成 年 月 日	一定以上・一般・低1・低2		
	当初請求点数(金額)					点(円)	当初請求一部負担金	円	
	当初請求食事療養費					円	当初請求標準負担額	円	
6	減点点数(金額)				減点事由及び箇所	減 点 内 容			
		点(円)							

請求理由

備 考

1. 申出は、診療報酬明細書1枚につき1枚の再審査申出書を作成して下さい。
2. 各通知票・通知書等の写しを添付願います。
3. 再審査の申出は、各通知票・通知書等がお手元に届いてから6ヵ月以内に行ってください。
4. 提出方法は個人情報の関係上、必ず郵送でお願いいたします。(FAX不可)