

再 審 査 申 出 書

下記理由により、診療報酬明細書を再審査願います。

平成 年 月 日

医 科	歯 科											入外区分				
調 剤	その他											1 本 入	3 六 入	5 家 入	7 高入一	9 高入7
												2 本 外	4 六 外	6 家 外	8 高外一	0 高外7
												都道府県 医療機関コード 番号 14				
		平成 年 月 分										保険者 番号				
												給付 割合				
												被保険者証・被保険者 手帳等の記号・番号				
												保険医 療機関 の所在 地及び 名 称 TEL (床)				
												増減点・返戻通知書 過誤・再審査結果通知書 の日付 平成 年 月 日				
												調剤薬局との突合審査の場合 薬局コード 薬局名称				
												診療実日数 日				
												当初請求点数 点				
												減点内訳 減点点数 点				
申し出の理由																